



BIOPSIE DE REIN NATIF

Coller une étiquette N° de dossier : NOM de jeune fille : PRENOM : NOM : Date de Naissance : Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Tampon ou code UF du service demandeur : Date et heure du prélèvement : Médecin responsable à contacter :
--	---

Information / Non-opposition du patient	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Cocher « oui » lorsque le patient est informé et ne s'oppose pas à l'utilisation des tissus à des fins de recherche (remplir en parallèle une fiche de non-opposition).</i>	

Renseignements cliniques :	
Antécédents personnels :	
Antécédents familiaux : diabète - néphropathie	
Histoire de la maladie néphrologique :	
Hypothèses diagnostiques :	
Analyse en urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Créatininémie :
Albuminémie :
Pic monoclonal : Oui Non
Type :
ANA :
ANCA :
C3 :
C4 :
CH50 :
Cryoglobulinémie :
CRP :

Diurèse / 24h :
Albuminurie : mg/g
Hématurie :
BU – ECBU
Leucocyturie :
BU – ECBU
Bence Jones : Oui Non