



COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur _____
 Adresse _____
 CP _____ Ville _____
 Téléphone _____ Télécopie _____
 E mail _____

PATIENT

Nom _____
 Nom d'épouse _____
 Prénom _____
 Né(e) le _____
 Sexe F M
 Taille (cm) Poids kg

SERVICE CLINIQUE

Nom du ou des _____
 Médecins _____
 prescripteurs _____
 Date de l'examen _____
 Votre référence _____
 Service/Unité _____

INDICATIONS CINETIQUE

- Initiation du traitement par MMF Contrôle du traitement d'entretien
 Contrôle d'une adaptation PK antérieure Rechute
 Effet indésirable Bilan annuel systématique
 Lequel ?

STATUT DU PATIENT AU MOMENT DE LA CINETIQUE

- Patient en rémission récente Patient en rechute récente
 Patient en rémission stable Patient en rechute partielle
 Patient en pleine rechute

QUELLE EST POUR VOUS L'EFFICACITE DU MMF AU MOMENT DE LA CINETIQUE ?

- Efficacité maximale Peu efficace
 Efficacité partielle Pas efficace
 Trop tôt pour dire quoi que ce soit

QUELLE EST POUR VOUS LA TOXICITE DU MMF AU MOMENT DE LA CINETIQUE ?

- Aucun effet secondaire Effets secondaires modérés ne nécessitant pas de diminuer la dose
 Effets secondaires moyens motivant une diminution de la dose
 Effets secondaires importants poussant à un arrêt du traitement

INFORMATIONS CONCERNANT LE SYNDROME NEPHROTIQUE

- Cortancyl → Dose par prise : mg - Nombre de prise par jour :
 Tacrolimus → Dose par prise : mg - Nombre de prise par jour :
 Autres traitements. Préciser :
 - Protidémie : g/l - Albuminémie : g/l
 - Protéinurie : g/l - Créatininémie : µmol/l
 - Créatininurie : µmol/l
 - Bandelettes urinaires : 0 Traces + ++ +++ ++++

