

Nom : Numéro de Biopsie MO :  
 Prénom : IF :  
 Date de naissance : IH :  
 Date de prélèvement : ME :  
 Prescripteur : Bip

**Anamnèse rénale**

**Diagnostic néphrologique de présomption:**

**Traitement actuel**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anti-HTA      | <input type="checkbox"/> Antibiotiques        |
| <input type="checkbox"/> AINS          | <input type="checkbox"/> Contraception        |
| <input type="checkbox"/> Stéroïdes     | <input type="checkbox"/> Anticoagulants       |
| <input type="checkbox"/> Cytostatiques | <input type="checkbox"/> Produit de contraste |

**Antécédents personnels ou familiaux rénaux**

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Tumeur (type) |
| <input type="checkbox"/> HTA     | <input type="checkbox"/> Alport        |

**Examen clinique**

TA (mmHg) .....	Cœur .....
Poumons .....	Peau (pétéchies, purpura, oedèmes, anasarque)
Abdomen .....	.....
Yeux .....	SNP, SNC .....

**Laboratoire sang**

Créatinine .....	Hb .....	CRP .....
Urée .....	Leuco .....	ANCA .....
Albumine .....	Thrombocytes .....	ANA .....
Cholestérol .....	Réticulocytes .....	C3 .....(norme.....)
LDH .....	Fragmentocytes .....	C4 .....(norme.....)
Paraprotéine .....	(norme: .....	Anti-GBM .....
Hépatite (B,C) .....	Cryoglobulines .....	
	HIV .....	

**El Fractionné**

Taille ..... Echostructure .....

**Laboratoire urine**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Protéinurie (g/24h) ..... | <input type="checkbox"/> Hématurie                |
| <input type="checkbox"/> Leucocyturie              | <input type="checkbox"/> Eosinophilurie           |
| <input type="checkbox"/> Cylindres .....           | <input type="checkbox"/> Bactériurie (germe.....) |
| <input type="checkbox"/> Cristaux .....            |   |