



## BIOPSIE DE REIN NATIF

Coller une étiquette

N° de dossier :

NOM de jeune fille :

PRENOM :

NOM :

Date de Naissance :

Sexe :  Féminin  Masculin

Tampon ou code UF du service demandeur :

Date et heure du prélèvement :

Médecin responsable à contacter :

### Information / Non-opposition du patient

Oui  Non

*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).*

### Renseignements cliniques :

Antécédents personnels :

Antécédents familiaux : diabète - néphropathie

Histoire de la maladie néphrologique :

Hypothèses diagnostiques :

Analyse en urgence :  Oui  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

Code d'enregistrement = PBR – Conservation et transport réfrigéré pour CHU Lille