

Formulaire d'enregistrement
Matériel utilisé lors d'une dialyse de détoxification en cas de pathologie hépatique

*Veillez renvoyer ce formulaire dans le mois suivant la procédure par mail
(hans.vanvlierberghe@ugent.be) au secrétaire de la "Belgian Liver and Intestine Transplantation
Committee" (BLIC).*

Institution de soins :

Nom du médecin :

Prénom du médecin :

N° INAMI du médecin :

Mail du médecin :

Code d'identification du patient :

Ce numéro d'ordre doit être demandé au BLIC (.../.....). Chaque hôpital est responsable pour l'établissement d'un tableau de concordance "identité du patient –code d'identification".

Type d'appareil :

- MARS
 PROMETHEUS

Caractéristiques du patient :

Sexe : M F

Date de naissance: :/.../....

Pathologie hépatique sous-jacente :

Facteur déclencheur de l'insuffisance hépatique :

Inotropie : O N

Données biochimiques :

- Plaquettes
- PT :
- INR :
- Bilirubine
- Créatinine
- Albumine :

Donnée hémodynamique :

MAP (au moment de la pose d'indication) :

Antécédents – besoin d'hémodialyse : O N

Indication :

- Insuffisance hépatique aiguë ou chronique
- Cirrhose biliaire primitive accompagnée de démangeaisons qui ne peuvent être traitées
- Insuffisance hépatique aiguë après chirurgie hépatobiliaire majeure
-> Type de chirurgie :
- "primary non-function" après transplantation hépatique

Nombre de sessions :

Complications lors de la procédure :

Résultats :

Décès O N

Si oui : Date :
 Cause:

Transplantation O N

Si oui : Date :

Décès après transplantation : O N

Si oui : Date :
 Cause:

Récupération sans transplantation : O N

Date :

Signature du médecin :