

Bulletin de modification ou d'arrêt de suivi - Enquête 2017

Centre de suivi : _____

Médecin : _____

Identité

Nom usuel (3 premières lettres) |_____|

Prénom (2 premières lettres) |_____|

Date de naissance |_____| |_____| |_____|

Cause de la modification ou de l'arrêt de suivi

Diagnostic éliminé

Date d'élimination : |_____| |_____| |_____|

Commentaire : _____

Décès

Date : |_____| |_____| |_____| Date approximative

Cause principale du décès (choix unique) :

- cardiaque
- respiratoire/cardio-respiratoire
- hépatique
- traumatique
- suicide
- autre, préciser : _____
- cause non documentée

Circonstances particulières :

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Décès lié à une transplantation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Rejet chronique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Rejet aigu | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Cancer | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Syndrome cepacia | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Infection | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |

- Si infection, préciser le germe : Cepacia
 Staphylocoque
 Pseudomonas aeruginosa
 Autre : _____
 NSP

Perdu de vue

Date de la dernière visite dans le centre : |_____| |_____|

Transfert dans un autre CRCM / Centre de greffe ou relais

Date du transfert : |_____| |_____|

Nom du centre assurant désormais le suivi : _____

Si vous saisissez directement sur MucoRegistre : Le transfert est à déclarer également sur la « liste des patients suivis ». Ceci afin de transmettre électroniquement le dossier du patient au nouveau centre.

Suivi hors CRCM / Centre de greffe ou relais

Date des dernières nouvelles |_____| |_____|

Nom du médecin assurant le suivi : _____

Établissement / Ville : _____

Emigration

Date d'émigration : |_____| |_____|

Pays d'émigration : _____

Suivi irrégulier

Date des dernières nouvelles : |_____| |_____|

Raison :

- Forme atypique
- Ne vient pas aux consultations
- Suivi conjoint avec un autre centre
- Vu pour second avis
- Vu pour une préparation à la greffe
- Vu en réhabilitation à l'effort
- Vu pour un suivi de protocole
- Autre raison, préciser : _____

Autre cause

Préciser : _____

Le patient était-il vivant au 31/12/2017 ? Oui Non NSP