

Projet RARE: Rein sous Antiangiogénique Registre

3 premières lettres du nom: ___ Prénom _____ DDN (J/M/A) __/__/____

Centre: _____ Initiales du médecin remplissant la fiche: ___

Date de remplissage de la fiche (J/M/A) __/__/____

Date de la Biopsie Rénale: (J/M/A) __/__/____

N° Pathologie de la biopsie rénale :

ME : oui – non

Cancer: organe: _____

Type histo du cancer: _____

Grade (Fuhrman ou autre) _____ TNM 2009 : T _ N _ M _

Traitement antiangiogénique: _____ Date de début: (J/M/A) __/__/____

Dose: _____ +/- Date de fin: (J/M/A) __/__/____

Protéinurie: _____ g/l ou _____ g/ 24h ou _____ g/g creat

Créatininémie: _____ μ mol/L Hématurie: _____ GR/ml ou _____ +

LDH: _____ UI/L Haptoglobine: _____ g/L Shizocytes: + ou -

Hb: _____ g/l Plaquettes: _____ /mm³

Traitement antihypertenseur (nom et dose):

Traitement anti-protéinurique (nom et dose)

Autre traitements:

Autres ATCD: - Diabète: O / N

- HTA avant le traitement antiangiogénique: O / N
- Maladie rénale:
- Cirrhose: O / N