

QUESTIONNAIRE MALADIE DE CROHN / RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE

A remplir par le médecin traitant

Nom de l'assuré : Prénom : Date de naissance
 .../.../.....

DIAGNOSTIC

.....

Date de découverte : .../.../..... Date de la dernière consultation : .../.../.....

	NON	OUI	COMMENTAIRES	DATES
LOCALISATION				
Iléon				
Côlon uniquement				
Iléocolite				
Plus de 2 segments de l'intestin grêle				
Atteinte diffuse de l'intestin grêle				
REMISSION			Nombre de poussées	Depuis Dernière
TRAITEMENT MEDICAL				
Salazopyrine				
5-ASA				
Corticothérapie au long cours permanente			Posologie	
Immunodépresseur au long cours permanent			Interrompue	
Nutrition parentérale			Interrompu	
Autre			Durée	
			Lequel	
TRAITEMENT CHIRURGICAL *			Lequel	
			
			

	NON	OUI	COMMENTAIRES	DATES
COMPLICATIONS				
Fistule (entéro-vésicale, colo-vésicale, colo-vaginale ou colo-rectale)			Persistante après opération ?	
Mégacôlon toxique				
Anémie mégaloblastique			Taux de l'Hémoglobine	
Perte de poids			kg	
Autre				
EXAMENS REALISES AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS				
Transit du grêle			Normal ou anormale*	
Lavement baryté			Normal ou anormale*	
Endoscopie				
Détermination de la vitesse de sédimentation globulaire (V.S.G.)			Normal ou anormale*	
Autre			Normal ou anormale*	
			Lequel et résultat*	
			
			
			
			

Taille :

Poids :

Tension artérielle :

Date : Traité

OBSERVATIONS

.....

*** IMPORTANT : La communication du protocole de tout examen anormal ainsi que des comptes rendus opératoires et histologiques est indispensable.**

Fait à , le

Signature