


Etude L.U.N.E


DOCUMENT 2A

LISTE NOMINATIVE DES PATIENTS ATTEINDS DE LUPUS AYANT EU UNE 1^{ère}
BIOPSIE RENALE DU 01/01/04 AU 31/12/05

A REMPLIR PAR LE PATHOLOGISTE

Identification du pathologiste : Nom : Prénom :
Service :
Adresse :
Tel :
Fax :
Mail :

 **Critères d'inclusion :** Les malades devront correspondre aux critères de lupus érythémateux systémique défini selon les critères de l'American College of Rheumatology (critères révisés en 1997). Les cas incidents seront les malades dont la première biopsie rénale aura été réalisée entre le 1/01/2004 et le 31/12/2005.

 Ces données nominales sont transmises avec l'accord de la CNIL et ne feront pas initialement l'objet d'une saisie informatique. Cette saisie informatique avec anonymisation n'aura lieu qu'après vérification des critères d'inclusion et élimination des doublons. L'envoi de cette liste doit se faire sur papier (**fax ou courrier**) pour respecter les règles de libertés informatiques de la CNIL.

Patient 1 :

Nom : Prénom : Date de naissance :
Nom de jeune fille :

Date de la PBR : N° de la PBR :
S'agit-il de la 1^{ère} PBR :
OUI NON Je ne sais pas

Coordonnées du 1^{er} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Coordonnées du 2^{ème} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Etude L.U.N.E

A retourner par :

- Fax : 03 88 12 82 53
- Courrier : Etude LUNE – Service de Rhumatologie – CHU de Hautepierre – 1 avenue Molière – 67098 Strasbourg cedex

DOCUMENT 2A

NOM PATHOLOGISTE :
PRENOM PATHOLOGISTE :

Patient 2 :

Nom : Prénom : Date de naissance :
Nom de jeune fille :

Date de la PBR : N° de la PBR :
S'agit-il de la 1^{ère} PBR :
OUI NON Je ne sais pas

Coordonnées du 1^{er} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Coordonnées du 2^{ème} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Patient 3 :

Nom : Prénom : Date de naissance :
Nom de jeune fille :

Date de la PBR : N° de la PBR :
S'agit-il de la 1^{ère} PBR :
OUI NON Je ne sais pas

Coordonnées du 1^{er} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Coordonnées du 2^{ème} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

A retourner par :

- Fax : 03 88 12 82 53
- Courrier : Etude LUNE – Service de Rhumatologie – CHU de Hautepierre – 1 avenue Molière – 67098 Strasbourg cedex

Etude L.U.N.E

DOCUMENT 2A

NOM PATHOLOGISTE :
PRENOM PATHOLOGISTE :

Patient 4:

Nom : Prénom : Date de naissance :
Nom de jeune fille :

Date de la PBR : N° de la PBR :
S'agit-il de la 1^{ère} PBR :
OUI NON Je ne sais pas

Coordonnées du 1^{er} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Coordonnées du 2^{ème} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Patient 5:

Nom : Prénom : Date de naissance :
Nom de jeune fille :

Date de la PBR : N° de la PBR :
S'agit-il de la 1^{ère} PBR :
OUI NON Je ne sais pas

Coordonnées du 1^{er} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Coordonnées du 2^{ème} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

A retourner par :

- Fax : 03 88 12 82 53
- Courrier : Etude LUNE – Service de Rhumatologie – CHU de Hautepierre – 1 avenue Molière – 67098 Strasbourg cedex

Etude L.U.N.E

DOCUMENT 2A

NOM PATHOLOGISTE :
PRENOM PATHOLOGISTE :

Patient 6 :

Nom : Prénom : Date de naissance :
Nom de jeune fille :

Date de la PBR : N° de la PBR :
S'agit-il de la 1^{ère} PBR :
OUI NON Je ne sais pas

Coordonnées du 1^{er} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Coordonnées du 2^{ème} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Patient 7 :

Nom : Prénom : Date de naissance :
Nom de jeune fille :

Date de la PBR : N° de la PBR :
S'agit-il de la 1^{ère} PBR :
OUI NON Je ne sais pas

Coordonnées du 1^{er} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Coordonnées du 2^{ème} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

A retourner par :

- Fax : 03 88 12 82 53
- Courrier : Etude LUNE – Service de Rhumatologie – CHU de Hautepierre – 1 avenue Molière – 67098 Strasbourg cedex

Etude L.U.N.E

DOCUMENT 2A

NOM PATHOLOGISTE :
PRENOM PATHOLOGISTE :

Patient :

Nom : Prénom : Date de naissance :
Nom de jeune fille :

Date de la PBR : N° de la PBR :
S'agit-il de la 1^{ère} PBR :
OUI NON Je ne sais pas

Coordonnées du 1^{er} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Coordonnées du 2^{ème} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Patient :

Nom : Prénom : Date de naissance :
Nom de jeune fille :

Date de la PBR : N° de la PBR :
S'agit-il de la 1^{ère} PBR :
OUI NON Je ne sais pas

Coordonnées du 1^{er} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Coordonnées du 2^{ème} médecin référent :

Nom : Prénom : Spécialité :
Hôpital : Service :
N° de téléphone : Adresse :

Veillez photocopier cette page si vous avez plus de 7 patients à déclarer.

A retourner par :

- Fax : 03 88 12 82 53
- Courrier : Etude LUNE – Service de Rhumatologie – CHU de Hautepierre – 1 avenue Molière – 67098 Strasbourg cedex