

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Hémodialysés

N° :

Date:/...../.....

N° Sérum:...../.....

Nom & prénom :

Nom du centre d'hémodialyse :

Age:.....

Date de début de dialyse

Centres antérieurs : Oui ☐ le(s)quel(s)

Non ☐

Date de la séroconversion : B : C :

Transfusions : Oui ☐ Nombre : Dates :

Non ☐

Traitement par l'érythropoïétine : oui ☐ Non ☐

Intervention Chirurgicale : oui ☐ Avec transfusion ☐ Sans transfusion ☐

Non ☐

Date de la première vaccination contre hépatite B :

Contrôle post-vaccinal (Anticorps anti-HBs) : Oui ☐ date :

Taux :UI/L