

# Transplantation

## LA TRANSPLANTATION RÉNALE EN LORRAINE

Dorothee JEANDOINE, *cadre infirmier*  
CHU Nancy Brabois

### CENTRES D'HÉMODIALYSE LORRAINS

MEUSE :

– Verdun

MOSELLE :

– Thionville

– Metz Bon Secours  
Saint-André

VOSGES :

– Vittel

HAUTE-MARNE

– Chaumont

MEURTHE-ET-MOSELLE

– Mont-Saint-Martin  
– Essey-les-Nancy  
– Polyclinique de Gentilly  
– Altir  
– CHU de Nancy

### CENTRES D'HÉMODIALYSE ÉTRANGERS

LUXEMBOURG :

– Luxembourg  
– Esch/Alzette

SICILE

– (Agrigente).

ITALIE : Calabre – sud de l'Italie

– Catanzaro  
– Chiaravalle  
– Ciaquila

GRÈCE :

– Athènes

ÉGYPTE

– Le Caire (greffe donneur vivant)

LIBAN

– Beyrouth (greffe D.V.)

– ÎLES :

– Nouvelle-Calédonie  
– Tahiti, Papeete.

BRÉSIL :

– Sao Paulo (greffe donneur vivant)

### AVANT INSCRIPTION

Bilan

– Biologie sanguine

→ GS

→ Groupage HLA A, B, DR

→ Anticorps anti-HLA

→ Anticorps anti-SAL de lapin

→ Sérologies virales

– Biologie urinaire

→ Uroculture + ATB

– Cystographie rétrograde

– Bilan cardiaque

→ ECG

→ Échographie

→ Scintigraphie myocardique au thallium

→ Coronarographie

– RP – OPT – Hirtz Blondeau

– Consult. ORL

dentaire

→ Traitement des éventuels foyers infectieux

– Scanner 3D aorto-iliaque

– Artériographie aorto-iliaque

– Ponction biopsie hépatique

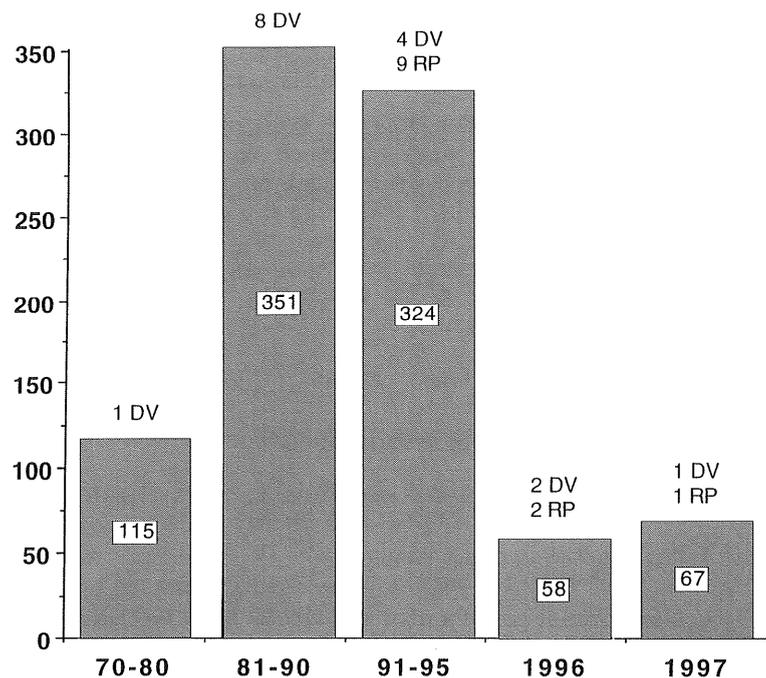
– Fibroscopie gastrique

– Consultation pré-greffe

→ Néphrologue

→ Anesthésiste

→ Urologue



Activité nancéenne

D.V. : Donneur vivant. R.P. : Rein – Pancréas

# Transplantation

Etablissement  
français  
des Greffes

**FICHE POUR L'ENREGISTREMENT DE  
L'INSCRIPTION D'UN PATIENT SUR LA LISTE  
NATIONALE DES MALADES EN ATTENTE  
DE GREFFE <sup>(1)</sup>**

(ANNEXE I à la circulaire du 25 Avril 1995)

**NOM**<sup>(2)</sup>

**PRENOM**

**NOM Marital**<sup>(2)</sup>

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ SEXE <sup>(3)</sup> : F M

ADRESSE HABITUELLE<sup>(2)</sup> .....

.....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

ADRESSE DE RESIDENCE PENDANT LA PERIODE D'ATTENTE PERMETTANT  
D'ADRESSER TOUT COURRIER EN RAPPORT AVEC CETTE INSCRIPTION <sup>(2)</sup> .....

.....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

● ● ● ● ● ●

Type de greffe <sup>(3)</sup> : Foie Coeur Coeur-Poumons Poumon Rein Pancréas

Unité ayant en charge le patient pour une greffe : .....

N° Code E.f.G. : .....

Date d'inscription par l'équipe : : \_\_\_ / \_\_\_ / .....

Nom, titre et coordonnées du médecin ayant en charge ce patient

<sup>(1)</sup> Accord C.N.I.L., Délibération n° 96-025 du 19-03-1996

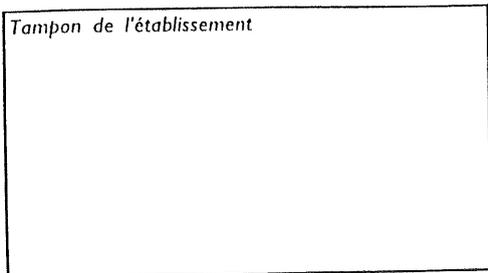
<sup>(2)</sup> En lettres capitales

<sup>(3)</sup> Entourer

# Transplantation

Nom de l'établissement de santé :

Tampon de l'établissement



- Nom du Directeur Général ou du Directeur :

.....

- Coordonnées du correspondant chargé du dossier :

.....

Tél. : .....

Fax : .....

● ● ● ● ● ●  
(1)

Patient Résident

Ressortissant Union Européenne   
Préciser le pays :

Hors Union Européenne   
Préciser le pays :

Prise en charge financière acceptée par l'Etablissement de Santé

non acceptée par l'Etablissement de Santé

● ● ● ● ● ●

**Pour tous les patients**, l'engagement sur l'honneur de ne pas être inscrit sur une autre liste d'attente doit être adressée à l'Etablissement français des Greffes avec l'annexe I de la circulaire du 25/4/1995

**Pour les patients Non-Résidents originaires d'un pays de l'Union Européenne**, l'attestation du Ministre chargé de la Santé du pays d'origine précisant l'impossibilité de pratiquer la greffe dans le pays concerné (Arrêté du 24/11/1994) doit être fournie à l'Etablissement de santé concerné

**Pour les patients Non-Résidents originaires d'un pays n'appartenant pas à l'Union Européenne**, l'attestation du Ministre chargé de la Santé du pays d'origine précisant l'impossibilité de pratiquer la greffe dans le pays concerné doit être adressée à l'Etablissement français des Greffes pour l'instruction de la demande de visa pour soins médicaux.

La demande au Ministère des Affaires Etrangères d'un visa pour soins médicaux a été présentée par l'Etablissement de santé concerné le : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

● ● ● ● ● ●

Cette annexe est à adresser par courrier (télécopie sans valeur) à :

**Etablissement français des Greffes - Régulation Nationale**  
**28 rue de Charenton - 75571 PARIS CEDEX 12**

Dans les seuls cas des **Super-Urgences Foie et Urgences Coeur et Foie** par télécopie au  
(1) 44. 67. 90. 70 puis confirmation postale

(1) Accord CNIL, Délibération n° 96-025 du 19-03-1996

(2) En lettres capitales

(3) Entourer

# Transplantation

**Engagement sur l'honneur  
de ne pas être inscrit sur une autre liste d'attente**

Je soussigné :

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Adresse : .....  
.....  
.....

atteste sur l'honneur ne pas être inscrit sur une autre liste d'attente de greffe que celle de l'équipe médico-chirurgicale de l'hôpital de :

.....

Fait à ..... , le .....

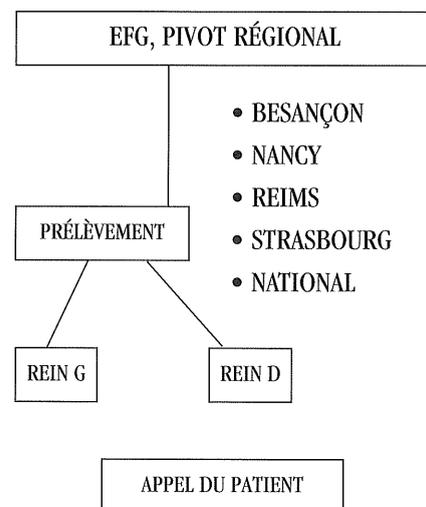
Signature

## L'INSCRIPTION SUR LA LISTE D'ATTENTE

- Différents formulaires.
- Photocopie carte de Sécurité sociale ou équivalence de prise en charge.
- Courrier au directeur.
- Réponse de l'EFG

## L'ATTENTE

- Deux rencontres annuelles avec centres de dialyse.
- Courriers avec les étrangers.
- Maintien CIT - Retrait définitif.



## RÈGLES DE RÉPARTITION DES GREFFONS RÉNAUX

- Urgence (impossibilité de dialyse)  
= priorité nationale
- Hyperimmunisés (80 % d'allo-anticorps anti-HLA)  
= priorité nationale
- Enfants < 16 ans  
= priorité nationale si donneur < 16 ans  
= priorité interrégionale si donneur < 30 ans
- Si aucune priorité
  - Plan local
  - Plan interrégional
    - ancienneté d'inscription
    - degré de compatibilité HLA

## SUIVI

550 patients suivis en consultation ou hospitalisation de jour.

## RÉSULTATS

### Étude 1986-1992

- 92 % greffons fonctionnels à 1 an.
- 82 % greffons fonctionnels à 5 ans.

# Transplantation

ETABLISSEMENT FRANCAIS DES GREFFES  
5, rue Lacuée  
75012 Paris

Paris, le vendredi 17 Octobre 1997

PR MICHELE KESSLER

HOPITAL BRABOIS  
RUE DU MORVAN  
54511 VANDOEUVRE LES NANCY

Confirmation d'inscription sur la Liste Nationale d'Attente

Cher Collègue,

Votre équipe médico-chirurgicale de transplantation (NA2RA) a procédé le 09/10/97 à l'inscription médicale sur la liste nationale d'attente d'une greffe de REIN du patient :

JEAN MARIE ████████ né le 21/10/53

N° de patient (NEFG) : 52610 - N° de dossier (NATT) : 72993

Conformément à l'arrêté du 24 novembre 1994, les documents d'inscription administrative, confirmant l'identité et les modalités de prise en charge, accompagnés de l'engagement sur l'honneur de n'être inscrit dans aucun autre centre, sont parvenus à l'Etablissement français des Greffes. La confirmation d'inscription a été enregistrée ce jour et le malade en a été avisé par courrier.

Je vous prie de croire, Cher Collègue, à l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur général  
de l'Etablissement français des Greffes

Professeur D. HOUSSIN

Dr. Philippe ROMANO