

**TRANSPLANTATION DE PANCREAS**

**CALENDRIER DES CONSULTATIONS ET DES EXAMENS**

NOM - Prenom		Date de naissance	
Consultations	Faite le	A refaire dans	Date nouvelle consultation
Chirurgien + Nephrologue			
Anesthesie			
Urologue			
Examens	A faire	Fait le	à refaire dans
Prise de sang (Groupe sanguin, HLA, Immunsation, Sérologies)	OUI		
Scanner	OUI		
IRM vaisseaux			
Cystographie retrograde	OUI		
Consultation cardiologue	OUI		
Echocoeur	OUI		
Scintigraphie cardiaque			
Echographie coeur de stress			
Coronarographie			
ECG Holter			
Holter tension			
Echodoppler Troncs supra-aortiques	OUI		
Echodoppler membres inférieurs	OUI		
Consultation pneumologue			
Epreuve d'effort respiratoire			
Consultation ophtalmologie			