****

RCP Sclérodermie systémique

*« Je déclare avoir recueilli le consentement de mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et l’avoir informé que ses données de santé sont gérées via un site sécurisé et sont partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique »*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Médecin prescripteur de la RCP**  (Nom, coordonnées) | Cliquez ici pour taper du texte. | **Date de la demande** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Médecin responsable du suivi du patient** (Nom, coordonnées) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Adresse postale pour envoi du Compte-rendu de RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patient \*informations obligatoires pour identification du patient** | | | | |
| **Nom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **Date de naissance\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Lieu de Naissance\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Prénom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **Sexe\*** | **F** **M** |
| **Motif de la prise en charge** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Antécédents familiaux** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Antécédents personnels** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critères de classification** | | |
| ***Domaine*** | ***Critères*** | ***Score*** |
| **Epaississement cutanée** (ne tenir compte que du score le plus élevé) | Epaississement cutané des doigts des mains s’étendant au-delà des articulations MCP | **9** |
| Doigts boudinés | **2** |
| Atteinte des doigts ne dépassant pas les articulations MCP | **4** |
| **Lésions pulpaires** | Ulcères pulpaires digitaux | **2** |
| Cicatrices déprimées | **3** |
| **Télangiectasies** | | **2** |
| **Anomalies capillaroscopiques** | | **2** |
| **Atteinte pulmonaire** | HTAP | **3** |
| Fibrose pulmonaire |
| **Phénomène de Raynaud** | | **3** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Histoire de la Maladie** | | | | | | | | | |
| **Diagnostic supposé** | | Choisissez un élément. | | | | Si Autre :Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **Année de début du Raynaud** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| **Année du**  **1er symptôme hors Raynaud** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| **Atteintes** | **initiales** | | Scs limitée Scs diffuse ScSineScs | | | | | | |
| digestive | | | | | cardiaque | |
| crise rénale ou ATCD | | | | | articulaire | |
| musculaire | | | | | calcinoses | |
| PID HTAP | | | | | Ulcérations digitales ou ATCD | |
| Autres : texte. | | | | | | |
| **actuelles** | | RODNAN (/51) :Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | cardiaque | |
| digestive | | | | | articulaire | |
| musculaire | | | | | calcinoses | |
| PID HTAP | | | | | Ulcérations digitales ou ATCD | |
| crise rénale ou ATCD | | | | | Autres : texte. | |
| **Informations complémentaires** | | | Poids | | taper du texte. | | Taille | | taper du texte. |
| Tension artérielle (mmHg) | | | | taper du texte. | | |
| Dyspnée  (Classe I, II,III ou IV) | | | | taper du texte. | | |
| Autres | | | | taper du texte. | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bilan clinique et biologique** | | | | | |
| **Auto-anticorps spécifique de la sclérodermie** | Anti-centromère | | | Anti-topoisomérase I (Scl-70) | |
| Anti-PM/Scl | | | Anti-ARN polymérase III | |
| Autres Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Auto-anticorps non spécifique de la sclérodermie** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Imagerie (Radio, TDM, IRM, Scanner, etc..)**  (type, résultats, date) | **Charger une imagerie pertinente pour la discussion :**  Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **EFR**  (type, résultats, date) | **CVF (%)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **CVF/VEMS (%)** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **CPT (%)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **DLCO (%)** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| ***Merci de scanner les dernières EFR à mettre en annexe*** | | | | |
| **Echocardiographie**  (type, date, résultats) | **FEVG (%)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **PAPs** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| ***Merci de scanner la dernière Echocardiographie à mettre en annexe*** | | | | |
| **Autres examens**  (types, date, résultats) | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prise en charge** | |
| **Prise en charge déjà réalisée** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitement actuel** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Avis de la RCP** | | | |
| **Avis demandé** | **Diagnostique**  **Thérapeutique Autre** | | |
| **Type de question** | Choisissez un élément. | | |
| **Question à poser** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Eléments pertinents du contexte** (avis du patient, ressources locales…) | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Niveau d’urgence** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Avis de la RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Proposition d’inclusion dans un essai clinique** | Oui  Non | | |
| **Références bibliographiques/ référentiels permettant de documenter l’avis de la RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Responsable de la RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Date de la RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. |