****

RCP Myopathies inflammatoires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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**[ ]  |
| **Antécédents familiaux** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Consanguinité** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Antécédents de cancer**(date, localisation) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Antécédents familiaux de maladies auto-immunes** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Histoire de la Maladie** |
| **Diagnostic****supposé** | Choisissez un élément. | Si Autre :Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Age de début des symptômes** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date de diagnostic** | Choisissez un élément. |
| **Atteintes** | **initiales** | [ ] Dermatologique (ulcération cutanée [ ] Oui [ ] Non) |
| [ ] Musculaire | [ ] Articulaire | [ ] PID |
| [ ] Cardiaque | [ ] Carrefour aéro-digestif | [ ] Cancer associé |
| [ ] Autre  | Préciser :Cliquez ici pour taper du texte. |
| **actuelles** | [ ] Dermatologique (ulcération cutanée [ ] Oui [ ] Non) |
| [ ] Musculaire | [ ] Articulaire | [ ] PID |
| [ ] Cardiaque | [ ] Carrefour aéro-digestif | [ ] Cancer associé |
| Autres [ ] Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nombre de rechutes depuis le diagnostic** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitements****actuels** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Bilan Clinique et Biologique** |
| **Enzymes musculaires (CK, aldolase, AST, ALT, LDH, etc)**(dernières valeurs + date) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Auto-anticorps spécifiques des myosites** | **Anti-synthétase****(Jo-1 ;PL-7 ;PL-12 ; EJ ;OJ ; autres)**(dernières valeurs + date) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Autres (SRP, MI-2, TIF1-ɣ, MDA-5, HMGCoA-R, NXP2, etc…)**(dernières valeurs +date) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Auto-anticorps associés aux myosites** | **U1 RNP, Ku, PM-Scl, SSa, SSb, etc…** (dernières valeurs +date) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Autres auto-anticorps** | (marqueurs, dernières valeurs + date) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Autres anomalies biologiques**(marqueurs, valeurs +date) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Biopsie** | [ ] musculaire | Date, Localisation, Laboratoire, résultatsCliquez ici pour taper du texte. |
| [ ] Autre  | Date, Localisation, Laboratoire, résultatsCliquez ici pour taper du texte. |
| **EMG** | Localisation :Cliquez ici pour taper du texte. | Date, Résultats : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Imagerie** | [ ] IRM musculaire | Résultats : Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ] TEP-Scanner | Date, Type, résultats,Laboratoire | Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ] Autres imagerie | Type, résultats,Laboratoire | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Prise en charge déjà réalisée/****Traitements reçus** | 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. |
| **Références bibliographiques/ référentiels permettant de documenter l’avis de la RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Proposition d’inclusion dans un essai clinique** | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Responsable de la RCP** | taper du texte. | **Date de la RCP** | taper du texte. |