****

RCP Vascularites systémiques

[ ] *« 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 l’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. |

|  |
| --- |
| **Histoire de la Maladie** |
| **Diagnostic supposé** | Choisissez un élément. | **Critères de diagnostic :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| Autres :Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Age de début des symptômes** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date de diagnostic** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Atteintes** | **Initiales ou antérieures** | [ ] rénale | [ ] musculaire | [ ] ophtalmologique |
| [ ]  pulmonaire | [ ] dermatologique | [ ] cardiaque |
| [ ] ORL | [ ] neurologique | [ ] Autres :Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ] articulaire | [ ] digestive |
| **actuelles** | [ ] rénale | [ ] musculaire | [ ] ophtalmologique |
| [ ]  pulmonaire | [ ] dermatologique | [ ] cardiaque |
| [ ] ORL | [ ] neurologique | [ ] Autres :Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ] articulaire | [ ] digestive |
| **Informations complémentaires** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitements****actuels** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Bilan Clinique et Biologique** |
| **Examens cliniques** (examen, date et résultat) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Examens biologiques**(marqueurs, valeurs +date) | ANCA | [ ]  p-ANCA [ ]  c-ANCA[ ]  x-ANCA |
| Spécificité | [ ]  anti-MPO [ ] anti-PR3 |
| Autres examens biologiques | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Examens immunologiques**(date et résultat) | **Complément** | **C3 (g/L)** | **C4 (g/L)** | **CH50 (%)** |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Cryoglobuline (g/L)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **ANA** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Anti-DNA natif double brin** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Anti-ENA** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Facteur Rhumatoïde** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Imagerie (TDM, IRM, echo, artério, PET-scanner)**(type, résultats, date) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Biopsie** | **Biopsie** | **Date, localisation, laboratoire, résultats** |
| [ ]  **artère temporale** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ]  **neuro-musculaire** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ]  **pulmonaire** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ]  **ORL** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ]  **rénale** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ]  **cutanée** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ]  **Autres** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Informations complémentaires** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Prise en charge**  |
| **Prise en charge déjà réalisée/traitements reçus** | 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** | taper du texte. | **Date de la RCP** | taper du texte. |