****

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.  ***\*information obligatoire afin d’assurer le bon déroulement de la RCP*** | | |
| **Téléphone portable du médecin qui participera à la séance** | Cliquez ici pour taper du texte.  ***\*information obligatoire afin d’assurer le bon déroulement de la RCP*** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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, résultats  Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Autre | | Date, Localisation, Laboratoire, résultats  Cliquez 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. |