****

RCP Lupus /SAPL/Sjögren systémique

**Fiche SAPL**

[ ] *« 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.***\*information obligatoire afin d’assurer le bon déroulement de la RCP*** |
| **Téléphone portable du médecin qui présentera le dossier** | Cliquez ici pour taper du texte.***\*information obligatoire afin d’assurer le bon déroulement de la RCP*** |

|  |
| --- |
| **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**[ ]  |
| **Antécédents familiaux** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Origine géographique des parents** (si connu) | **Père** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Mère** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Consanguinité** (si connu) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Antécédents familiaux de maladies auto-immunes** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Antécédents personnels** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Diagnostic supposé** | Choisissez un élément. | Si Autre : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Critères de classification SAPL** |
| ***Domaine*** | ***Critères*** |
| **Critères cliniques** | **1. Thrombose vasculaire :*** Artériel [ ]
* Veineux [ ]
* Petits vaisseaux [ ]
 |
| **2. Morbidité obstétricale :**a. Survenue d’au moins une mort fœtale inexpliquée avant la 10ème sa [ ] b. Survenue d’au moins une naissance prématurée avant la 34ème sa [ ] c. Survenue d’au moins 3 fausses couches consécutives et inexpliquées avant la 10ème sa [ ]  |
| **Critères biologiques** | **1. anticoagulant circulant lupique** (présent à au moins 2 reprises à 12 semaines d’intervalle) [ ]  |
| **2. anticorps anti-cardiolipine** (IgG et/ou IgM)(présent à au moins 2 reprises à un titre intermédiaire ou élevé >40 UGPL ou MPL ou >99% percentile) [ ]  |
| **3. anticorps anti-beta2-GPI** (IgG et/ou IgM) (présent à au moins 2 reprises à un titre >99% percentile) [ ]  |

|  |
| --- |
| **Histoire de la Maladie** |
| **Age de début des symptômes** | Choisissez un élément. |
| **Date de diagnostic (JJ/MM/AAAA)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Atteintes** | **Initiales ou antérieures** | [ ]  articulaire | [ ]  buccale | [ ]  cardiaque | [ ]  cutanée |
| [ ]  hématologique | [ ]  obstétricale | [ ]  ophtalmologique | [ ]  neurologique |
| [ ]  pulmonaire | [ ]  rénale | [ ]  Autres taper du texte. |
| **actuelles** | [ ]  articulaire | [ ]  buccale | [ ]  cardiaque | [ ]  cutanée |
| [ ]  hématologique | [ ]  obstétricale | [ ]  ophtalmologique | [ ]  neurologique |
| [ ]  pulmonaire | [ ]  rénale | [ ]  Autres taper du texte. |
| **Informations complémentaires** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Bilan clinique et biologique** |
| **Auto-anticorps** | **Anti-phospholipides** | [ ]  Anti- β2GP1 | [ ]  Anti-cardiolipine |
| [ ]  Anticoagulant circulant lupique |
| **ANA**(précisez le titre et la fluorescence) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Anti-ADN natif**(précisez Farr ou Elisa) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Anti-ENA****(anti-SSA, anti-SSB, anti-Sm, anti-Pm, anti-RNP, etc..)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **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. |
| **Autres éléments biologiques** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Biopsie** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Imagerie (Radio, TDM, IRM, Scanner, etc..)**(type, résultats, date, laboratoire) | 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** (délai de réponse) | 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. |