****

RCP FAI²R- Amyloses AA et héréditaires rares

[ ] *« Je déclare avoir informé le patient du passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et que ces 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** | 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 identification du patient** |
| **Nom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Date de naissance\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Ville de Naissance\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Prénom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Sexe\*** | **F**[ ]  **M**[ ]  |
| **Antécédents familiaux*****Fournir un arbre généalogique (si possible)*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Origine géographique et ethniques des parents** | **Père** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Mère** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Consanguinité** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Antécédents personnels** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Histoire de la Maladie** |
| **Type d’Amylose AA ou héréditaire rare** | Choisissez un élément. | Précisez :Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Age au début des symptômes** | Choisissez un élément. |
| **Date de diagnostic (JJ/MM/AAAA)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Mode de révélation de l’Amylose** | **Altération de l’état général/Asthénie** | OUI [ ]  NON[ ]  |
| **Insuffisance rénale chronique** | OUI [ ]  NON[ ]  |
| **Insuffisance rénale chronique terminale** | OUI [ ]  NON[ ]  |
| **Protéinurie** | OUI [ ]  NON[ ]  |
| **Syndrome néphrotique** | OUI [ ]  NON[ ]  |
| **Autre** (détailler) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Données de l’examen clinique en rapport avec l’amylose** | **Obésité** (IMC>30) | OUI [ ]  NON[ ]  | **IMC** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Atteinte dermatologique** | OUI [ ]  NON[ ]  |
| **Adénopathies** | OUI [ ]  NON[ ]  |
| **Hépatosplénomégalie** | OUI [ ]  NON[ ]  |
| **Œdème des membres inférieurs** | OUI [ ]  NON[ ]  |
| **Autres** (diarrhée, goitre,…) | OUI [ ]  NON[ ]  |
| Historiques des variations de poids si possible sur les 20 dernières années | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Données anatomo-pathologiques** | **Siège de la (des) biopsie(s)** | BGSA [ ]  |
| Ponction Biopsie Rénale [ ]  |
| Digestive [ ]  | Précisez | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Biopsie ostéo-médullaire [ ]  |
| Autres  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Commentaires histologiques (congélation ou non, doute sur immunohistochimie, localisation des dépôts…)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Imagerie****Cardiaque** | ECG [ ]  Echographie cardiaque [ ]   IRM cardiaque [ ]  | Précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Autres imageries****Précisez** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Données biologiques en fonction du types d’amylose** |
| **Leucocytes sanguins (/mm3)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Dont PNN (%)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Hb (g/dL)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Plaquettes (/mm3)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **CRP (mg/L)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **SAA (mg/L)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Protéinurie précisez mg/mmol créatinine ou g/24H)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Créatininémie (µmol/L)****Précisez si CKD-EPI ou MDRD)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Electrophorèse des protides sanguins****Chaines légères circulantes (mg/L)** | **Kappa** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Lambda** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Ratio** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Albuminémie (g/L)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **ASAT (UI/L)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **ALAT (UI/L)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Gamma GT (UI/L)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Phosphatases alcalines (UI/L)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Bilirubinémie** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **peptide natriurétique de type B (ng/L)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Troponinémie (ng/L)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Historique des CRP si possible sur les 10 dernières années** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Génétiques (précisez si une mutation a été retrouvée)** |
| **Gène de maladie auto-inflammatoire** | ***MEFV*** [ ]  | ***NLRP3*** [ ]  |
| ***MVK*** [ ]  | ***TRSF1A*** [ ]  |
| **Autre** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| ***Transthyrétine* (TTR)** [ ]  | ***Apolipoprotéine*** [ ]  | ***Lysozyme*** [ ]  |
| ***Fibrinogène*** [ ]  | ***Beta2microglobuline*** [ ]  | ***Gelsoline*** [ ]  |
| ***SAA*** [ ]  | **Autres**  | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Pathologie**  |
| **Infections à répétitions**(préciser si déficit immunitaire sous-jacent, et si oui lequel) | Choisissez un élément. | Autre : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Tuberculose** | OUI [ ]  NON[ ]  |
| **Rhumatisme inflammatoire chronique** | Choisissez un élément. | Autre : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Maladie inflammatoire chronique de l’intestin** | Choisissez un élément. | Autre : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Maladie auto-inflammatoire** (préciser laquelle) | Choisissez un élément. | Autre : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Maladie de Castleman** | OUI [ ]  NON[ ]  |
| **Cancer** | OUI [ ]  NON[ ]  | Précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Autre maladie inflammatoire chronique** (à préciser) | OUI [ ]  NON[ ]  | Précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **VIH** | OUI [ ]  NON[ ]  |
| **Obésité** (préciser l’IMC) | OUI [ ]  NON[ ]  |
| **Autre élément original** | OUI [ ]  NON[ ]  |
| **Indéterminée à ce jour** | OUI [ ]  NON[ ]  |

|  |
| --- |
| **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 (s) 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** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Date de la RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. |