****

RCP FAI²R- Uvéites non-infectieuses

*« 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** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| **Origine géographique des parents** | | **Père** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **Mère** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Consanguinité** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| **Antécédents néonataux et personnels** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Histoire de la Maladie** | | | | |
| **Diagnostic supposé** | Choisissez un élément. | | | Si Autre :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. | |
| **Traitements**  **actuels** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **HDM (10 lignes max)** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Caractéristiques de l’uvéite** | | | | | | | | | |
| **Œil atteint** | **OD**  **OG**  **OGD** | | | | | | | | |
| **Site primaire de l’inflammation** | **Œil droit** | | Choisissez un élément. | | | | | | |
| **Œil gauche** | | Choisissez un élément. | | | | | | |
| **Date du 1er épisode** | | **OD** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | **OG** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Durée** | | **OD** | ≤ 3 mois  > 3 mois | | | **OG** | ≤ 3 mois  > 3 mois | | |
| **Evolution** | | **OD** | aigu récidivant chronique | | | **OG** | aigu récidivant chronique | | |
| **Granulomateuse** | | **OD** | OUI  NON | | | **OG** | OUI  NON | | |
| **Vascularite rétinienne** | | artérielle  veineuse  capillaires rétiniens | | | | | | | |
| **Tyndall** | | **Chambre antérieure**  **(0 à 4)** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | **Vitréen**  **(0 à 4)** | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Œdème maculaire** | | **OD** | OUI  NON | | | **OG** | OUI  NON | | |
| **OD** | Valeur en µm (OCT) | | Cliquez ici pour taper du texte. | **OG** | Valeur en µm (OCT) | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Acuité visuelle** | | **OD** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | **OG** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Acuité visuelle de près** | | **OD** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | **OG** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Pression intraoculaire (mmHg)** | | **OD** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | **OG** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Cornée** | | **OD** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | **OG** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Iris / Gonioscopie** | | **OD** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | **OG** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Cristallin** | | **OD** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | **OG** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Vitrite (lampe à fente) score 0 à 4** | | **OD** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | **OG** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Fond d’œil** | | **OD** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | **OG** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Flare (ph/msec)** | | **OD** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | **OG** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Evolution/activité** | | **OD** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | **OG** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prise en charge** | |
| **Prise en charge déjà réalisée** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nombre de rechutes** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitement systémique actuel** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitement local 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. |