 

RCP Myopathies inflammatoires

[ ] *« 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  |
| **Médecin prescripteur de la RCP** (nom, prénom) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Médecin responsable du suivi du patient** (Nom, prénom) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Adresse postale *pour envoi du Compte-rendu de RCP* \*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Téléphone portable *du médecin qui présentera le dossier* \*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date de la demande** | Cliquez ici pour taper du texte. |

**\**tous les champs marqués par \* sont obligatoires*. *Si l’une de ces informations est manquante, le patient ne pourra être inscrit.***

|  |
| --- |
|  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**[x]  |
| **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, résultatsCliquez ici pour taper du texte. |
| [ ] Autre  | Date, Localisation, Laboratoire, résultatsCliquez 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. |