

RCP Sclérodermie systémique

[ ] *« 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**[ ]  |
| **Le patient a déjà été présenté en RCP locale** | Oui [ ]  *Si oui, joindre le compte-rendu* | Non [ ]  |
| **Motif de la prise en charge** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Antécédents familiaux** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Antécédents personnels** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| Critères de classification |
| ***Domaine*** | ***Critères*** | ***Score*** |
| **Epaississement cutanée** (ne tenir compte que du score le plus élevé) | Epaississement cutané des doigts des mains s’étendant au-delà des articulations MCP | [ ] **9** |
| Doigts boudinés | [ ] **2** |
| Atteinte des doigts ne dépassant pas les articulations MCP | [ ] **4** |
| **Lésions pulpaires** | Ulcères pulpaires digitaux | [ ] **2** |
| Cicatrices déprimées | [ ] **3** |
| **Télangiectasies** | [ ] **2** |
| **Anomalies capillaroscopiques** | [ ] **2** |
| **Atteinte pulmonaire** | HTAP [ ]  | [ ] **3** |
| Fibrose pulmonaire [ ]  |
| **Phénomène de Raynaud** | [ ] **3** |

|  |
| --- |
| Histoire de la Maladie |
| **Diagnostic supposé** | Choisissez un élément. | Si Autre :Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Année de début du Raynaud** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Année du** **1er symptôme hors Raynaud** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Atteintes** | **initiales** | [ ]  Scs limitée [ ] Scs diffuse [ ] ScSineScs |
| [ ] digestive | [ ] cardiaque |
| [ ] crise rénale ou ATCD | [ ] articulaire |
| [ ] musculaire | [ ] calcinoses |
| [ ] PID [ ] HTAP | [ ] Ulcérations digitales ou ATCD |
| [ ] Autres : texte. |
| **actuelles** | RODNAN (/51) :Cliquez ici pour taper du texte. | [ ] cardiaque |
| [x] digestive | [ ] articulaire |
| [x] musculaire | [ ] calcinoses |
| [ ] PID [ ] HTAP | [ ] Ulcérations digitales ou ATCD |
| [ ] crise rénale ou ATCD | [ ] Autres : texte. |
| **Informations complémentaires** | Poids | taper du texte. | Taille | taper du texte. |
| Tension artérielle (mmHg) | taper du texte. |
| Dyspnée (Classe I, II,III ou IV) | taper du texte. |
| Autres | taper du texte. |

|  |
| --- |
| Bilan clinique et biologique |
| **Auto-anticorps spécifique de la sclérodermie** | [ ] Anti-centromère | [ ] Anti-topoisomérase I (Scl-70) |
| [ ] Anti-PM/Scl | [ ] Anti-ARN polymérase III |
| [ ] Autres Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Auto-anticorps non spécifique de la sclérodermie** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Imagerie (Radio, TDM, IRM, Scanner, etc..)**(type, résultats, date) | **Charger une imagerie pertinente pour la discussion :**Cliquez ici pour taper du texte. |
| **EFR**(type, résultats, date) | **CVF (%)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **CVF/VEMS (%)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **CPT (%)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **DLCO (%)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| ***Merci de scanner les dernières EFR à mettre en annexe*** |
| **Echocardiographie**(type, date, résultats) | **FEVG (%)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **PAPs** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| ***Merci de scanner la dernière Echocardiographie à mettre en annexe*** |
| **Autres examens**(types, date, résultats) | 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** | Cliquez ici pour taper du texte. |