

RCP Lupus/SAPL/Sjögren

**Fiche Sjögren**

*« 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. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |
| **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** | | **Fumeur** | Oui  Non | | | | | | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | | | |
| **Diagnostic supposé** | | Choisissez un élément. | | | | | | Si Autre : Cliquez ici pour taper du texte. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Critères de classification Sjögren (ACR/EULAR 2017)\* | |
| ***Critères*** | ***Score*** |
| **Sialadénite avec focus score ≥ 1 sur la biopsie des glandes salivaires accessoires**  (focus score = nombre de foyers par 4 mm2 de tissu glandulaire, un foyer étant défini par l’agglomérat d’au moins 50 lymphocytes) | **3** |
| **Présence d’anticorps anti-SSA/Ro** | **3** |
| **Score de coloration oculaire ≥5 (ou score de van Bijsterveld ≥ 4)** | **1** |
| **Test de Schirmer ≤5 mm/min sur au moins 1 œil** | **1** |
| **Débit salivaire non stimulé ≤0.1 mL/min** | **1** |
| \*Ne concerne que les patients avec syndrome sec ou complication systémique compatible avec le diagnostic Sjögren. Le diagnostic est validé si le score est ≥4. | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bilan clinique et biologique | | | |
| **Auto-anticorps** | **Anti-phospholipides** | Anti- β2GP1 | Anti-cardiolipine |
| Anticoagulant circulant lupique | |
| **Anti-Ro/SSA** | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Anti-la/SSB** | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Anti-ADN natif**  (précisez Farr ou Elisa) | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Autres anti-ENA** | 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 des Glandes Salivaires Accessoires** | **Surface (mm²)** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **Score de Chisholm et Mason** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nbre de foci** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **Nbre de centres germinatifs** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Conclusion** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Autres Biopsies**  (localisation, résultats, laboratoire) | 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. |
| **Traitements actuels** | 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 réponses) | Cliquez ici pour taper du texte. |