 

RCP Maladies Auto-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** | |
| **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. | | | | | | |
| **Antécédents familiaux de maladie auto-inflammatoire** | | 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. | |
| **Durée des poussées inflammatoires en jours** (si approprié) | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Fréquence des poussées inflammatoires** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Signes cliniques en poussée** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Signes cliniques hors poussée** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Informations complémentaires**   * Traitements déjà essayés * Fréquence des poussées (nb/an) | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Traitements**  **actuels** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Bilan clinique et biologique | |
| **Examens cliniques** (examen, date et résultat) | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Examens biologiques** | **Déficit immunitaire** | | Oui Non | | | Si oui, préciser : Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Stigmate d’auto-immunité** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **CRP en crise (mg/l)** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | **Amylose** | Oui Non |
| **Polynucléaires neutrophiles en crise en valeur absolue** | | | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Autres anomalies biologiques** | | | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Autre(s) maladie(s) inflammatoire(s) associée(s)** | | | | Préciser :Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Autres examens biologiques**  (marqueurs, valeurs +date) | | | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Examens génétiques** (gène, résultats, date)  Précisez si 1 exon a été séquencé ou tous les exons ou NGS | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Biopsies**  (localisation, résultats, date, 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 déjà réalisée** | 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. |

