

RCP interféronopathie/AGS

*« 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 mail des personnes à contacter dans le cadre de la RCP\* | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Numéro de téléphone *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*.**

|  |
| --- |
| 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** | **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. | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| DIAGNOSTIC | |
| Diagnostic | **Syndrome d’Aicardi-Goutières (AGS) :** OUI NON  **Autre interféronopathie,** si oui préciser**:** OUI NON  **SAVI ;  PRAAS/CANDLE ;  COPA ;  interféronopathie supposée**  **Autre** (Préciser) Cliquez ici pour taper du texte. |
| Génotype *(si identifié)* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Histoire de la Maladie | | | | |
| Age au début des symptômes | | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Date de diagnostic | | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Atteintes | **initiales** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **actuelles** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| Informations complémentaires  (résumer l’histoire de la maladie en 10 lignes max) | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| Traitements  actuels | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| Antécédent de varicelle et/ou sérologie VZV positive et /ou vaccination anti-VZV | | OUI  NON | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **syndrome d’aicardi-goutières (ou suspicion d’ags)** | |
| **Atteinte neurologique** | * Microcéphalie OUI  NON * Autres : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Atteinte**  **extra-neurologique** | Engelures  Autres lésions cutanées  RGO  Mauvaise prise de poids   Auto immunité / cytopénies  Autre : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **LCR**  (marqueurs, valeurs +date) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Dernière IRM cérébrale** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Prise en charge déjà réalisée** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Autre interféronopathie** | |
| **Préciser** | **Atteinte cutanée :** OUI  NON ; préciser :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Fièvre, Sd inflammatoire** : OUI  NON ; préciser :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Atteinte neurologique :** OUI  NON ; préciser :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Atteinte pulmonaire :** OUI  NON ; préciser :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Atteinte articulaire :** OUI  NON ; préciser :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.   * **Atteinte rénale :** OUI  NON ; préciser :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * **Autre :** préciser ; Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Avis de la RCP** | | | |
| **Avis demandé\*** | **Diagnostique** **Thérapeutique Autre** | | |
| **Type de question\*** |  | | |
| **Question (s) à poser\*** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **Eléments pertinents du contexte** (avis du patient, ressources locales…) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **Avis de la RCP** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **Références bibliographiques/ référentiels permettant de documenter l’avis de la RCP** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **Proposition d’inclusion dans un essai clinique** | ☐ Oui ☐ Non , si oui, préciser :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **Responsable de la RCP** | **Quorum :** | **Date de la RCP** |  |