

RCP Lupus, SAPL, Sjögren, PCA

Fiche Polychondrite Atrophiante

*« 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. |
| **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. | | | | | | |
| **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** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | |
| **Diagnostic supposé** | | Choisissez un élément. | | | | Si Autre : Cliquez ici pour taper du texte. | | |

|  |
| --- |
| Critères de classification PCA |
| **Critères MAJEURS\*** |
| **chondrite auriculaire (chondrite récurrente des 2 oreilles externes)** |
| **chondrite nasale (cartilages du nez)** |
| **chondrite laryngotrachéale** |
| **Critères MINEURS\*** |
| **atteinte cochléaire (surdité, acouphènes)** |
| **inflammation oculaire (conjonctivite, épisclérite, uvéite, kératite)** |
| **syndrome vestibulaire (perte d’équilibre et nausées, vertiges)** |
| **polyarthrite séronégative (inflammation non érosive)** |
|  |
| \*Le diagnostic est retenu devant l’association de 2 critères majeurs ou d’1 critère majeur et de 2 critères mineurs |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bilan clinique et biologique | | | | |
| **Auto-anticorps** | **Anti-phospholipides** | Anti- β2GP1 | Anti-cardiolipine | |
| Anticoagulant circulant lupique | | |
| **ANA**  (précisez le titre et la fluorescence) | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Anti-ADN natif**  (précisez Farr ou Elisa) | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Anti-ENA**  **(anti-SSA, anti-SSB, anti-Sm, anti-Pm, anti-RNP, etc..)** | 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** | **Type de biopsie** | **Résultats** | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | 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. |
| **Traitement actuel** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Demande d’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. |

