

☐ « 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 »

☐ « Je déclare avoir sollicité l'avis d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire locale ou régionale préalablement à la saisine de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire nationale FAI²R. Le cas échéant, je me rapproche du [centre expert de mon choix](#) »

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.		
Consanguinité	Cliquez ici pour taper du texte.		
Antécédents de cancer (date, localisation)	Cliquez ici pour taper du texte.		

Antécédents familiaux de maladies auto-immunes	Cliquez ici pour taper du texte.
--	----------------------------------

HISTOIRE DE LA MALADIE				
Diagnostic supposé	Choisissez un élément.		Si Autre :Cliquez ici pour taper du texte.	
	Age de début des symptômes		Cliquez ici pour taper du texte.	
	Date de diagnostic		Choisissez un élément.	
Atteintes	initiales	☐ Dermatologique (ulcération cutanée ☐ Oui ☐ Non)		
		☐ Musculaire	☐ Articulaire	☐ PID
		☐ Cardiaque	☐ Carrefour aéro-digestif	☐ Cancer associé
		☐ Autre	Préciser :Cliquez ici pour taper du texte.	
	actuelles	☐ Dermatologique (ulcération cutanée ☐ Oui ☐ Non)		
		☐ Musculaire	☐ Articulaire	☐ PID
		☐ Cardiaque	☐ Carrefour aéro-digestif	☐ Cancer associé
		Myocardites récidivantes chroniques ☐ Cliquez ici pour taper du texte.		
		Autres ☐ Cliquez ici pour taper du texte.		
	Nombre de rechutes depuis le diagnostic		Cliquez ici pour taper du texte.	
Traitements actuels		Cliquez ici pour taper du texte.		

BILAN CLINIQUE ET BIOLOGIQUE		
Enzymes musculaires (CK, aldolase, AST, ALT, LDH, etc) (dernières valeurs + date)	Cliquez ici pour taper du texte.	
Auto-anticorps spécifiques des myosites	Anti-synthétase (Jo-1 ;PL-7 ;PL-12 ; EJ ;OJ ; autres) (dernières valeurs + date)	Cliquez ici pour taper du texte.
	Autres (SRP, MI-2, TIF1-γ, MDA-5, HMGCōA-R, NXP2, etc...) (dernières valeurs +date)	Cliquez ici pour taper du texte.

Auto-anticorps associés aux myosites	U1 RNP, Ku, PM-Scl, SSa, SSb, etc... (dernières valeurs +date)	Cliquez ici pour taper du texte.	
Autres auto-anticorps	(marqueurs, dernières valeurs + date)	Cliquez ici pour taper du texte.	
Autres anomalies biologiques (marqueurs, valeurs +date)		Cliquez ici pour taper du texte.	
Biopsie	☐ musculaire	Date, Localisation, Laboratoire, résultats Cliquez ici pour taper du texte.	
	☐ Autre	Date, Localisation, Laboratoire, résultats Cliquez ici pour taper du texte.	
EMG	Localisation : Cliquez ici pour taper du texte.	Date, Résultats : Cliquez ici pour taper du texte.	
Imagerie	☐ IRM musculaire	Résultats : Cliquez ici pour taper du texte.	
	☐ TEP-Scanner	Date, Type, résultats, Laboratoire	Cliquez ici pour taper du texte.
	☐ Autres imagerie	Type, résultats, Laboratoire	Cliquez ici pour taper du texte.
Prise en charge déjà réalisée/ Traitements reçus	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.
Éléments pertinents du contexte (avis du patient, ressources locales...)	Cliquez ici pour taper du texte.
Niveau d'urgence	Cliquez ici pour taper du texte.