

RCP nationale

Pathologies inflammatoires et fibrosantes idiopathiques et associées aux IgG4

☐ « 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 mail pour envoi du Compte-rendu de RCP *	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 ☐
Présentation du patient en RCP	☐ 1ere fois	☐ X ^{ième} fois (préciser) : Cliquez ici pour taper du texte. joindre le (ou les) compte(s)-rendu(s)	
Antécédents familiaux	Cliquez ici pour taper du texte.		
Antécédents personnels	Cliquez ici pour taper du texte.		

HISTOIRE DE LA MALADIE		
Diagnostic supposé	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.
Signes cliniques	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 ☐
	Autres anomalies biologiques	Cliquez ici pour taper du texte.		
	Autre(s) maladie(s) associée(s)	Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.		
	Autres examens biologiques (marqueurs, valeurs +date)	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
---------------	---

Éléments pertinents du contexte (avis du patient, ressources locales...)	Cliquez ici pour taper du texte.
Niveau d'urgence	Cliquez ici pour taper du texte.

Merci de présenter votre patient sur un support power point lors de la RCP.

