

☐ « 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.		
Origine géographique des parents (si connu)		Père	Cliquez ici pour taper du texte.	Mère
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 LUPUS

☐ Eruption malaire en ailes de papillon
☐ Eruption de lupus discoïde
☐ Photosensibilité
☐ Ulcérations buccales ou nasopharyngées
☐ Polyarthrites non érosives
☐ Pleurésie ou péricardite
☐ Atteinte rénale (protéinurie >0.5g/24h ou +++ ou cylindres urinaires)
☐ Atteinte nerveuse (convulsions ou psychoses)
☐ Atteinte hématologique sanguine : anémie hémolytique avec hyper-réticulocytose ou leucopénie <4000/mm ³ ou lymphopénie <4000/mm ³ ou thrombopénie 100 000/mm ³
☐ Désordres immunitaires : anticorps anti-DNA natif ou anticorps anti-Sm ou sérologie syphilitique faussement positive ou présence d'une concentration anormale d'IgG ou IgM anti-cardiolipine ou présence d'un anticoagulant circulant lupique
☐ Présence d'un titre anormal d'anticorps antinucléaires

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- β 2GP1	☐ Anti-cardiolipine
		☐ Anticoagulant circulant lupique	
	ANA (précisez le titre et la fluorescence)	Cliquez ici pour taper du texte.	

FAI²R -Filière de santé des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires rares

Pour inscrire votre patient, avant 10H le jeudi précédent la séance, [téléversez votre fiche depuis notre site](#) en suivant les instructions

En cas de difficultés : christelle.radola@chu-lille.fr

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

