

☐ « 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	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.
-------------------------------------	----------------------------------

HISTOIRE DE LA MALADIE		
Diagnostic supposé	Cliquez ici pour taper du texte.	
	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.

BILAN CLINIQUE ET BIOLOGIQUE	
Evolution cliniques depuis le diagnostic (examen, date et résultat)	Cliquez ici pour taper du texte.
Examens biologiques (marqueurs, valeurs +date)	Cliquez ici pour taper du texte.
Examens génétiques (gène, résultats +date)	Cliquez ici pour taper du texte.
Biopsies (localisation, résultats, date, laboratoire)	Cliquez ici pour taper du texte.
Imagerie (type, résultats, date, laboratoire)	Cliquez ici pour taper du texte.
Prise en charge déjà réalisée	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 précédant la séance, [téléversez votre fiche depuis notre site](#) en suivant les instructions

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

AVIS DE LA RCP	
Avis demandé*	☐ Diagnostique ☐ Thérapeutique ☐ Autre
Type de question*	Choisissez un élément.
Question (s) 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.

