RCP Lupus, SAPL, Sjögren, PCA

Fiche Sjögren

☐ *« 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.

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	Fumeur	☐Oui ☐ Non		
	Cliquez ici pour taper du texte.			

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

Critères de classification Sjögren (ACR/EULAR 2017)*

Critères	*Score*
Sialadénite avec focus score ≥ 1 sur la biopsie des glandes salivaires accessoires (focus score = nombre de foyers par 4 mm2 de tissu glandulaire, un foyer étant défini par l'agglomérat d'au moins 50 lymphocytes)	3☐
Présence d'anticorps anti-SSA/Ro	3☐
Score de coloration oculaire ≥5 (ou score de van Bijsterveld ≥ 4)	1☐
Test de Schirmer ≤5 mm/min sur au moins 1 œil	1☐
Débit salivaire non stimulé ≤0.1 mL/min	1☐

*Ne concerne que les patients avec syndrome sec ou complication systémique compatible avec le diagnostic Sjögren. Le diagnostic est validé si le score est ≥4.

Histoire de la Maladie

Diagnostic supposé	Choisissez un élément.	Si Autre :Cliquez ici pour taper du texte.			
	Age de début des symptômes	Choisissez un élément.			
	Date de diagnostic (JJ/MM/AAAA)	Cliquez ici pour taper du texte.			
Atteintes	Initiales ou passées	☐ articulaire	☐ buccale	☐ cardiaque	☐ cutanée
		☐ hématologique	☐ neurologique	☐ obstétricale	☐ Autres Cliquez ici pour taper du texte.
		☐ophtalmologique	☐ pulmonaire	☐ rénale	
	actuelles	☐ articulaire	☐ buccale	☐ cardiaque	☐ cutanée
		☐ hématologique	☐ neurologique	☐ obstétricale	☐ Autres Cliquez ici pour taper du texte.
		☐ ophtalmologique	☐ pulmonaire	☐ rénale	
Informations complémentaires	Cliquez ici pour taper du texte.				

Bilan clinique et biologique

Auto-anticorps	Anti-phospholipides	☐ Anti- β2GP1	☐ Anti-cardiolipine
		☐ Anticoagulant circulant lupique	
	Anti-Ro/SSA	Cliquez ici pour taper du texte.	
	Anti-la/SSB	Cliquez ici pour taper du texte.	

	Anti-ADN natif (précisez Farr ou Elisa)	Cliquez ici pour taper du texte.		
	Autres anti-ENA	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 des Glandes Salivaires Accessoires	Surface (mm²)	Cliquez ici pour taper du texte.	Score de Chisholm et Mason	Cliquez ici pour taper du texte.
	Nbre de foci	Cliquez ici pour taper du texte.	Nbre de centres germinatifs	Cliquez ici pour taper du texte.
	Conclusion	Cliquez ici pour taper du texte.		
Autres Biopsies (localisation, résultats, 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

Prise en charge déjà réalisée	Cliquez ici pour taper du texte.
Traitements actuels	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.
Eléments pertinents du contexte (avis du patient, ressources locales...)	Cliquez ici pour taper du texte.
Niveau d'urgence (délai de réponses)	Cliquez ici pour taper du texte.