

RCP Sclérodermie

CHU Bordeaux

A envoyer **par fax au 05.56.79.49.75** ou **par mail :** **rcp.dermato@chu-bordeaux.fr**

RCP sur dossier, 1 fois/mois, le lundi 13h-14h

En cas d’urgence avant lundi 12h au Pr Seneschal : julien.seneschal@chu-bordeaux.fr

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Médecin responsable du suivi du patient** (Nom, coordonnées) |   | **Date de la demande** |  |

|  |
| --- |
| **Patient** |
| **Nom** |   | **Date de naissance** |   |
| **Prénom** |   | **Sexe** | **F**[ ]  **M**[ ]  |
| **Antécédents familiaux** |  |
| **Antécédents familiaux de maladies auto-immunes** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Antécédents Personnels** |   |

|  |
| --- |
| **Histoire de la Maladie** |
| **Manifestations cliniques**  | Histoire de la maladie : **Sclérodermie systémique avec atteinte : Date de diagnostic :**🞏 Pulmonaire 🞏 Cardiaque🞏 Digestive 🞏 Cutanée🞏 Autre : ……………………………………………………………………………………………………………………………**Type d’anticorps**.…………………………………………………………………………………………………………  |

|  |
| --- |
| **Bilan paraclinique** |
| **Bilan Biologique** |  |
| **Examens complémentaires :EFR+DLCO, ETT, Imagerie, KT Droit, Test de marche, Autres** |   |

|  |
| --- |
| **Prise en charge**  |
| **Prise en charge déjà réalisée** |  |
| **Traitements actuels** |  |

|  |
| --- |
| **Avis de la RCP** |
| **Avis demandé** | [x] **Diagnostique** [ ] **Thérapeutique** [ ] **Autre** |
| **Question à poser** |   |
| **Avis de la RCP** |  |
| **Proposition d’inclusion dans un essai clinique** | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Responsable de la RCP** |   | **Date de la RCP** |   |