

A envoyer par fax au 05.56.79.49.75 ou par mail : sec.dermatoinflammatoire@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	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Antécédents familiaux			
Antécédents familiaux de maladies auto-immunes	Cliquez ici pour taper du texte.		
Antécédents Personnels			

Histoire de la Maladie	
Manifestations cliniques	<p>Histoire de la maladie :</p> <p>Sclérodermie systémique avec atteinte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Digestive <input type="checkbox"/> Autre : <p>.....</p> <p>Type d'anticorps</p>
	<p>Date de diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cardiaque <input type="checkbox"/> Cutanée

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	<input checked="" type="checkbox"/> Diagnostique <input type="checkbox"/> Thérapeutique <input type="checkbox"/> Autre		
Question à poser			
Avis de la RCP			
Proposition d'inclusion dans un essai clinique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Responsable de la RCP		Date de la RCP	