

A envoyer par fax au 05.56.79.49.75 ou par mail : [sec.dermatoinflammatoire@chu-bordeaux.fr](mailto: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](mailto: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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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 :
	<div><div>Sclérodermie systémique avec atteinte : <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Digestive <input type="checkbox"/> Autre : .....</div><div>Date de diagnostic : <input type="checkbox"/> Cardiaque <input type="checkbox"/> Cutanée .....</div></div> <div>Type d'anticorps .....</div>

**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	