|  |  |
| --- | --- |
| **Y:\Centre de Référence Mucoviscidose\Filière Muco-CFTR\Logo\logo Filière.JPG** | **Fiche Patient - RCP Mucoviscidose** |

[ ] « 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 ».

1. **MEDECIN 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 postale pour envoi du CR 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. |

1. **PATIENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** *\** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Prénom** *\** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date de naissance** *\** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Lieu de naissance** *\** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Sexe** *\** | F[ ]  M [ ]  | **Génétique** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Lieu(x) de suivi** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Diagnostic** | 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.*

1. **BILAN CLINIQUE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Présentation globale de l’observation** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Sur le plan respiratoire** | **Pseudomonas aeruginosa**  : oui [ ]  non[ ]  | **Staph. aureus méti-S** : oui [ ]  non[ ]  **Staph. aureus méti-R** : oui [ ]  non[ ]  |
| **ABPA** : oui [ ]  non[ ]  | **mycobactérie** : oui [ ]  non[ ]  |
| **Autre bactérie** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **EFR, derniers VEMS** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nb de cure AB IV sur 12 mois** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitement(s)** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Autre** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Transplantation** | **Oui, date** : Cliquez ici pour taper du texte.**Transplantation évoquée** [ ]  **Patient listé** [ ]  **non** ☐**Commentaire** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Sur le plan ORL** | **Dernière consultation ORL**: Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Dernier TDM des sinus** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Soins de nez** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Autre** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Sur le plan digestif et nutritionnel** | **Poids :** Cliquez ici pour taper du texte. | **BMI :** Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Insuffisance pancréatique exocrine** : oui [ ]  non[ ]  |
| **Traitement(s)** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Autre :** Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Sur le plan hépatique** | **Echographie abdominale** : oui [ ]  non[ ]  |
| **Dernier bilan hépatique** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Autre** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Sur le plan endocrinien** | **HbA1C** : Cliquez ici pour taper du texte. | **HGPO** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Autre**: Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Sur le plan osseux** | **Absorptiométrie** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Autre** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Sur le plan rénal** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Etudes/scolarité** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Psychosocial** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Autre** | Cliquez ici pour taper du texte. |

1. **AVIS DE LA RCP** infection respiratoire [ ]  transplantation[ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de la RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Question posée** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Avis** | Cliquez ici pour taper du texte. |