**MALADIES SYSTEMIQUES & RIC**

[ ]  Je déclare avoir informé mon patient que son dossier fera l’objet de discussions entre praticiens dans le but d’améliorer sa prise en charge. Ses données pourront donc être partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique, thérapeutique et de recherche, dans le respect des règles éthiques et déontologiques. Le patient a bien été informé de son droit d’opposition à l’utilisation de ses données.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MEDECIN REFERENT/PRESENTATEUR** | Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Email : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **DATE DE LA DEMANDE** | Date de la demande[ ] 1er avis [ ] N°Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **STATUT** | [ ] Généraliste | [ ] D.E.S/Interne | [ ] Assistant/Professeur |
| **NOM DE L’HOPITAL-****SERVICE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **VILLE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **TYPE DE RECOURS** | [ ] Téléphone | [ ] Email | [ ] Consultation |

|  |
| --- |
| **PATIENT** |
| **NOM**  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **PRENOM** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **DATE DE NAISSANCE OU AGE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **SEXE** | [ ] F [ ] M |
| **AGE DU PATIENT** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.[ ] ans [ ] mois | **STATUT MATRIMONIAL** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **LIEU DE NAISSANCE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **ADRESSE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **ORIGINE GEOGRAPHIQUE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **PAYS DE RESIDENCE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTS / COMORBIDITES** |
| **MALADIE(S) SYSTEMIQUE(S) CONNUE(S)** | [ ] Oui [ ] NonSi oui, précisez  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **SYNDROME GENETIQUE CONNU** | [ ] Oui [ ] NonSi oui, précisez  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **COMORBIDITE(S)** | [ ] Oui [ ] NonSi oui, précisez  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **AUTRE(S) ANTECEDENT(S) NOTABLE(S)** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **HISTOIRE DE LA MALADIE** |
| **DEBUT DE LA MALADIE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **MODE D’INSTALLATION** | [ ] Brutal[ ] Chronique | [ ] Poussée et rémission [ ] Confirmé |
| **SIGNES GÉNÉRAUX**  | [ ] Fièvre [ ] Amaigrissement [ ] Anorexie [ ]  Asthénie |
| **SIGNES FONCTIONNELS/PHYSIQUES** | [ ] Rhumatologiques [ ] Cutanéo-muqueux [ ]  Rénaux [ ] Digestifs [ ]  Respiratoires [ ]  Vasculaires [ ]  Cardiaques [ ]  Neuropsychiatriques [ ]  Ophtalmologiques[ ]  Autre(s) Si autres, préciser Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Faire un bref résumé syndromique (sans l’entête) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **PARACLINIQUE** |
|  **IMMUNOLOGIE** | [ ] Non faite [ ] Faite[ ] Normale [ ] Anormale, précisez types anticorps et titres (et fluoresce si AAN et ANCA) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **BIOLOGIE (HORS IMMUNOLOGIE)** | [ ] Non faite [ ]  Faite [ ] Normale [ ]  Anormale, précisez anomalies : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **HISTOLOGIE** | [ ] Non faite [ ]  Faite Si faite, préciser site de prélèvement Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.[ ] Normale [ ] Anormale, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **IMAGERIE** | [ ] Non faite [ ] Faite  [ ] Normale [ ] Anormale, précisez étage(s) et anomalies : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **AUTRES EXAMENS :**  | [ ] Non [ ] Oui, préciser type et résultats : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **TRAITEMENT** | **ANTERIEUR :** | Oui [ ]  Non [ ] Si oui, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **ACTUEL :** | [ ] Initié [ ] Non encore initié Si traitement immunosuppresseur initié, préciser type(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **AVIS DEMANDE** |
| **AVIS DEMANDE** | [ ] Diagnostic [ ] Thérapeutique [ ] Autre |
| **QUESTION(S) POSÉ(E)S** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **AVIS DU STAFF** |
| **COMMENTAIRES DE LA RCP** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES REFERENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L’AVIS DE**  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **PARTICIPANTS** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **RESPONSABLE DU STAFF** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **DATE DU STAFF** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**RÉSEAU AMIS**

**AUTO-IMMUNITÉ MALADIES INFLAMMATOIRES ET SYSTÉMIQUES**

**CONTACTS**

**staff@reseau-amis.sn**

|  |
| --- |
| Pr Baïdy Sy KANEEmail : baidysy.kane@ucad.edu.snprofkane@reseau-amis.sn +22177552 52 42 |
|  |

Dr Birahim LÔ

Email: lobirahim@gmail.com

+221778558226