**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 Non  Si oui, précisez  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **SYNDROME GENETIQUE CONNU** | Oui Non  Si oui, précisez  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **COMORBIDITE(S)** | Oui Non  Si 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**](mailto:staff@reseau-amis.sn)

|  |
| --- |
| Pr Baïdy Sy KANE  Email : [baidysy.kane@ucad.edu.sn](mailto:baidysy.kane@ucad.edu.sn)  profkane@reseau-amis.sn  +22177552 52 42 |
|  |

Dr Birahim LÔ

Email: lobirahim@gmail.com

+221778558226