RCP HS

*« 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 »*

***Cette fiche RCP doit obligatoirement être accompagnée de tous les documents médicaux et paramédicaux nécessaire pour la prise en décision.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Médecins présents** | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Identification du médecin et du service demandeur** | Nom du médecin : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Service : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Coordonnées tél. : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Adresse email : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Adresse postale**  **pour envoi du**  **compte-rendu de RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identification du Patient** | | | |
| **Nom** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Date de naissance** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Age** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nom de jeune fille** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Département de résidence** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Pays de naissance** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Prénom** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Sexe** | **F** **M** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contexte de la RCP** | |
| **Date de la RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Motifs de présentation** | **Avis diagnostique**   **Avis traitement** |
| **Données cliniques (ATCD, anamnèse, examen clinique joindre photos)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **ATCD familiaux d’HS** | **oui**  **non** |
| **Poids/taille/BMI** | **Poids : Taille : BMI :** |
| **Phénotype(s)** | **axillo-mammaire**  **folliculaire fessier**  **inclassable** |
| **Sévérité Grade de Hurley** | **1**  **2 3** |
| **Activité score HS-PGA**  (Hidradenitis suppurativa physician global assessment score) | **nul**  **minime**   **faible  modéré**  **sévère  très sévère** |
| **Activité de la maladie** | **Atteinte permanente**  **Atteinte intermittente (précisez le nombre de poussées sur les 6 derniers mois)** |
| **EVA sur le dernier mois** | **Douleur**  /10  **Ecoulement**  /10 |
| **Maladies associées** | **MICI**  **SPA**  **PASH/PAPASH**  **diabète**  **syndrome métabolique** |
| **Addictions** | **tabac** **cannabis** |
| **Données paracliniques**  **Joindre CER et CD d’examen** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitement actuel** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitements médicaux antérieurs** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitements chirurgicaux antérieurs (exérèses limitées, deroofing, exérèse large)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Question à la RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Réponse directe de la RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Demande d’avis RCP spécifique** | Cliquez ici pour taper du texte. |