**Réunion Dossiers Difficiles (RDD) dermatoses faciales : **

**Groupe DEFI de la Société Française de Dermatologie**

🞏 **« Je déclare avoir recueilli le consentement de mon patient pour le passage de son dossier en « Réunion dossier difficile » 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 »**

|  |
| --- |
| MEDECIN DEMANDEUR |
| Médecin demandeur de laRDD (nom, prénom) \*Lieu d’exercice (ville/hôpital)Adresse mail\* |  |
| Médecin responsable dusuivi du patient si différent (Nom,prénom) |  |
| Adresse mail pour envoidu Compte-rendu de réunion \* |  |
| Téléphone portable dumédecin qui présentera ledossier \* |  |
| Date de la demandeNiveau d’urgence : 0 à 10 |  |

\*tous les champs marqués par \* sont obligatoires. Si l’une de ces informations est manquante, le patient ne pourra être inscrit

|  |
| --- |
| Patient |
| *Initiale* du Nom\*  |  | **Date de naissance\*** |  |
| **Age** |  |
| *Initiale* du Prénom\* |  | **Sexe\*** | **F ☐ M ☐** |
| Origine géographique |  | **Phototype** |  |
| ATCD familiaux |  |
| Antécédents principaux  |  |
| Addictions (Tabac, OH, drogues) |  |
| Traitements habituels (hors traitement de la dermatose faciale) |  |
| Diagnostic proposé |  |

\*tous les champs marqués par \* sont obligatoires. Si l’une de ces informations est manquante, le patient ne pourra être inscrit



|  |
| --- |
| Histoire de la maladie – Examen clinique |
| Date du début des symptômes |  |
| Age au début des symptômes |  |
| Histoire de la maladie | (synthétique) :  |
|  |  |
| Clinique  | Type de lésions + topographieSignes associés  |
| Poids | Taille  | **BMI** |  |
|  |  |
| Photographies \* | Joindre de façon séparée par ***wetransfer*** par ordre chronologique = ***idéalement power point*** |
|  |  |  |
| Retentissement (si possible échelle de qualité de vie, dépression DLQI, EVA, Beck 13 …) |  |

|  |
| --- |
| Examens paracliniques |
| Biopsie cutanée | Oui ☐ Si oui, joindre le compte-rendu **anonymisé**\* | Non ☐ |
| Données biologiques importantes | Si oui détaillez : |
| Données d’imagerie le cas échéant | Oui ☐ Si oui, joindre le compte-rendu **anonymisé** \* | Non ☐ |

|  |
| --- |
| Traitement  |
| Traitements reçus | Oui ☐ Si oui, détaillez par ordre chronologique en indiquant date début et date de fin, posologie, efficacité/tolérance pour chaque ligne  | Non ☐ |
| Traitement actuel |  |  |

\*tous les champs marqués par \* sont obligatoires. Si l’une de ces informations est manquante, le patient ne pourra être inscrit

|  |
| --- |
| DEMANDE D’AVIS REUNION DOSSIERS DIFFICILES GROUPE DEFI |
| Avis demandé\* | **Diagnostique ☐ Thérapeutique ☐** |
| Question posée\* |  |
| Eléments pertinents ducontexte |  |

\*tous les champs marqués par \* sont obligatoires. Si l’une de ces informations est manquante, le patient ne pourra être inscrit