**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 dossiers difficiles » 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 la  RDD Lieu d’exercice (ville/hôpital)  Adresse mail\* |  |
| Médecin responsable du  suivi du patient si différent (Nom,  prénom) |  |
| Date de la réunion |  |

\*champs obligatoires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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) | |  | |
| Poids | Taille | BMI | |
|  | | | |
| Diagnostic proposé : | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Histoire de la maladie – Examen clinique | | | | |
| Date du début des symptômes | |  | | |
| Age au début des symptômes | |  | | |
| Histoire de la maladie et type de lésions, signes associés | | (synthétique) : | | |
|  | |  | | |
|  |  | |  |  |
|  | |  | | |
| Photographies \* | | Joindre par ***wetransfer*** ou en version compressé photos classées par ordre chronologique (***idéalement power point comprenant juste les photos et dates)*** | | |
| Retentissement (échelle de qualité de vie, dépression DLQI, EVA, Beck 13 …) | |  | | |

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

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

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

|  |
| --- |
| PROPOSITION DE LA RDD \* |
|  |

\*sera rempli pendant la réunion et la fiche finale vous sera renvoyée à l’issue de la RDD)

**Participants à la RDD :**