**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 la  RDD (nom, prénom) \*  Lieu d’exercice (ville/hôpital)  Adresse mail\* |  |
| Médecin responsable du  suivi du patient si différent (Nom,  prénom) |  |
| Adresse mail pour envoi  du Compte-rendu de réunion \* |  |
| Téléphone portable du  médecin qui présentera le  dossier \* |  |
| Date de la demande  Niveau 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 + topographie  Signes 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 du  contexte |  |

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