

RCP Immunologie Clinique

CHU Bordeaux

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Médecin responsable du suivi du patient** (Nom, coordonnées) |  | **Date de la demande** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patient** | | | | |
| **Nom** |  | | **Date de naissance** |  |
| **Prénom** |  | | **Sexe** | **F** **M** |
| **Antécédents familiaux** | |  | | |
| **Antécédents familiaux de maladies auto-immunes** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Antécédents Personnels** | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Histoire de la Maladie** | |
| **Diagnostic supposé** |  |
| **Manifestations cliniques** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bilan paraclinique** | |
| **Bilan Biologique** |  |
| **Autres Examens complémentaires dont imagerie** |  |
| **Examens anatomopathologiques** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prise en charge** | |
| **Prise en charge déjà réalisée** |  |
| **Traitements actuels** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Avis de la RCP** | | | |
| **Avis demandé** | **Diagnostique** **Thérapeutique** **Autre** | | |
| **Question à poser** |  | | |
| **Avis de la RCP** |  | | |
| **Proposition d’inclusion dans un essai clinique** | Oui  Non | | |
| **Responsable de la RCP** |  | **Date de la RCP** |  |