

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** |   |