 **RCP dyskinésie ciliaire primitive (DCP)**

**du** Entrer une date.

*« Je déclare avoir recueilli le consentement de mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire 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 ».*

# Médecin prescripteur

Médecin prescripteur de la RCP\* (Nom, Prénom) :

Médecin référent si différent (Nom, Prénom) :Taper du texte.

Date de la demande : Entrer une date.

Présents :

# Patient

NOM\* :

Prénom\* :

Date de Naissance\* (JJ/MM/AAAA) : Entrer une date.

Age :

Sexe : F  M

Patient inclus dans RespiRare : oui  non  ne sait pas

Patient déjà présenté en RCP locale : oui , Entrer une date. non

Consanguinité (si connue) : oui  non  ND

Préciser :

Origine géographique :

Père :

Mère :

Antécédents familiaux :

Père :

Mère :

Fratrie :

Autres :

Environnement :

Antécédents néonataux :

Né-e à terme ? Oui  non , SA

Poids de naissance (kg) :

Détresse respiratoire néonatale ? Oui  non

*Situs inversus* : oui  non

**Histoire de la maladie**

Atteinte pulmonaire :

Début des symptômes :

Toux : oui  non

Expectoration : oui  non

Surinfection bronchique : oui  non  Si oui, nombre par an :

Atteinte ORL :

Début des symptômes :

Rhinite chronique : oui  non

Polypose nasale : oui  non

Otites moyennes aigües itératives : oui  non

Otites séro-muqueuses : oui  non

Déficit auditif : oui  non

Détails : Taper du texte.

Atteinte cardiaque oui  non

Autre(s) atteinte(s)

Poids (kg) :

Taille (cm) :

# Explorations réalisées

Normal ? Commentaires

TDM thoracique

TDM sinus

EFR

VEMS  %

Bronchoscopie

Nasoscopie

Bilan microbiologique (ECBC, prélèvement nasal)

Bilan immunitaire

Bilan d’auto-immunité

Bilan de mucoviscidose

NO nasal

Brossage ciliaire

Biopsie ciliaire

Génétique Laboratoire : Taper du texte.

Autre(s) :

# Prise en charge

Prise en chargé déjà réalisée :

Traitements actuels :

Commentaires

Kinésithérapie

Lavage de nez

Corticothérapie  nasale

bronchique

Azithromycine

Autre(s) antibiothérapie(s) prolongée(s)

Sérum salé hypertonique nébulisé

Chirurgie  ORL

pulmonaire

Appareillage auditif

Autre(s)

# Demande d’avis de la RCP

Avis demandé\* :  Diagnostique  Thérapeutique  Autre :

Question posée :

**Conclusion de la RCP** :

Diagnostic de DCP :  exclus  peu probable  très probable  confirmé

Bilan à compléter par :

Prise en charge :