 **RCP pneumopathie interstitielle diffuse pédiatrique**

 **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 ».*

# Identité du patient

**NOM\* :**

**Prénom\* :**

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

Sexe : F [ ]  M [ ]

Patient inclus dans RespiRare : oui [ ]  non [ ]  Ne sait pas [ ]

Patient déjà présenté en RCP-PID : oui [ ] , Entrer une date. non [ ]

# Médecin prescripteur

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

Médecin référent si différent (Nom, Prénom) :

Date de la demande : Entrer une date.

# Informations cliniques

**Antécédents**

Consanguinité : oui [ ]  non [ ]

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 [ ]

**Histoire de la maladie**

Age de début des symptômes :

Histoire de la maladie :

**Examen clinique**

Poids (kg) :

Taille (cm) :

Atteinte pulmonaire :

Fréquence respiratoire (FR) / min :

Saturation artérielle en oxygène (SaO2) à l’éveil / sommeil : % / %

[ ]  Polypnée

[ ]  Déformation thoracique

[ ]  Hippocratisme digital

Commentaires :

Atteintes extra-respiratoires

[ ]  Atteinte digestive / nutritionnelle :

[ ]  Atteinte neurologique :

[ ]  Autre(s) atteinte(s) :

# Explorations réalisées

 Normal ? Résultat

[ ]  TDM thoracique [ ]

[ ]  EFR [ ]

[ ]  Echographie cardiaque HTAP : oui [ ]  non [ ]

[ ]  Bilan métabolique [ ]

[ ]  Bilan thyroïdien [ ]

[ ]  Bilan immunitaire [ ]

[ ]  Bilan d’auto-immunité [ ]

[ ]  Signature interféron [ ]

[ ]  LBA

[ ]  Bilan microbiologique [ ]

[ ]  Génétique Laboratoire :

[ ]  Biopsie pulmonaire

[ ]  Autre(s) : Taper du texte.

# Prise en charge

Prise en charge déjà réalisée :

**Traitements actuels** :

 Commentaires

[ ]  Oxygénothérapie

[ ]  Ventilation

[ ]  Nutrition entérale

[ ]  Corticothérapie [ ]  orale

 [ ]  bolus

[ ]  Azithromycine

[ ]  Hydroxychloroquine

[ ]  Autre(s)

# Demande d’avis de la RCP

Avis demandé\* : [ ] Diagnostique [ ] Thérapeutique [ ] Autre :

Question posée :

**Conclusion de la RCP** :

**Diagnostic de PID :**

**Bilan à compléter par :**

**Prise en charge :**