 **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 :**