 **RCP Dysplasie Bronchopulmonaire Sévère**

 **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) :Taper du texte.

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

Médecin référent de ville (Nom, Prénom) :Taper du texte.

Date de la demande : Entrer une date.

# Patient

NOM\* : Taper du texte.

Prénom\* : Taper du texte.

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

Sexe : F [ ]  M [ ]

Terme de naissance : Taper du texte. Poids de naissance : Taper du texte.

Cause de la prématurité : Taper du texte.

Age actuel (en jours) : Taper du texte.

Terme actuel (âge post-menstruel) : Taper du texte.

# Antécédents familiaux

Origine géographique de la mère : Taper du texte. du père : Taper du texte.

Consanguinité : oui [ ]  non [ ]

Antécédents familiaux

Père : Taper du texte.

Mère : Taper du texte.

Fratrie : oui [ ]  non [ ]

si oui âge(s) et antécédents : Taper du texte.

# Facteurs de risque

RCIU : oui [ ]  non [ ]  (préciser le percentile) : Taper du texte.

Canal artériel persistant ayant nécessité une chirurgie  ou cathétérisme : oui [ ]  non [ ]

Sepsis documenté : oui [ ]  non [ ]  (préciser le nombre)

Supports ventilatoires successifs :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de support | Dates Du … au … | Durée  | FiO2 au cours de cette périodeMin / Max |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Histoire de la maladie

*(grand champs pour saisir le texte)*

# Etat actuel

Poids : (Taper du texte. pc) Taille : (Taper du texte. pc) PC : (Taper du texte. pc)

**Etat respiratoire**

Support ventilatoire : Taper du texte.

FiO2: Préciser : VNI 1 ou 2 niveaux de pression, plages de VS (durée, fréquence) : Taper du texte.

Saturation : Taper du texte. Capnie : Taper du texte.

Dernière oxymétrie nocturne : Taper du texte.

sat moyenne : Taper du texte.

% de temps en dessous de 90% : Taper du texte.

% de temps en dessous de 95% :

Dernières capnographie : Taper du texte.

Bronchospasticité : oui [ ]  non [ ]  Bruit respiratoire : oui [ ]  non [ ]

Scanner thoracique réalisé : oui [ ]  non [ ]

**Si oui, merci de veiller à ce que les images soient accessibles pendant la RCP**

Si bruit respiratoire, nasofibroscopie ORL réalisée : oui [ ]  non [ ]

Si oui, résultats : Taper du texte.

**Etat cardiaque**

CA persistant : oui [ ]  non [ ]

Malformation(s) associée(s) : oui [ ]  non [ ]  si oui la ou lesquelles : Taper du texte.

Pressions pulmonaires : Taper du texte.

**Etat nutritionnel et digestif**

Régime : Taper du texte. Autonomie alimentaire : oui [ ]  non [ ]

Courbe de poids

RGO : oui [ ]  non [ ]  préciser les arguments diagnostiques

Clinique ?

pH-métrie ?

TOGD ?

**Etat neurologique**

Clinique : Taper du texte.

ETF : Taper du texte.

IRM cérébrale : Taper du texte.

# Traitements reçus et en cours

Corticoïdes : Taper du texte.

Systémiques per os : dates, posologies et durée : Taper du texte.

Nébulisés ou inhalés : dates, posologies et durée : Taper du texte.

IV / bolus : dates, posologies et durée : Taper du texte.

Diurétiques : Taper du texte.

Autres : Taper du texte.

# Demande d’avis de la RCP

Avis demandé\* : [ ]  Diagnostique [ ]  Thérapeutique [ ]  Autre : Taper du texte.

Question posée : *(grand champs pour saisir le texte)*

**Conclusion de la RCP** : *(grand champs pour saisir le texte)*

Conduite à tenir : *(grand champs pour saisir le texte)*