 **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 période  Min / 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)*