 **RCP Transplantation Pulmonaire 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 et peuvent être utilisées à des fins de recherche clinique ».*

# Médecin prescripteur

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

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

Date de la demande : Entrer une date.

# Identité du patient

**NOM\* :** Taper du texte

**Prénom\* :** Taper du texte

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

Sexe : F  M

Ville : Taper du texte

Patient inclus dans RespiRare : oui  non  Ne sait pas

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

# Informations cliniques

**Antécédents**

Antécédents familiaux :

Père : Taper du texte

Mère : Taper du texte

Fratrie : Taper du texte

Autres : Taper du texte

Environnement : Taper du texte

Expositions : Taper du texte

**Histoire de la maladie**

Age de début des symptômes : Taper du texte

Histoire de la maladie : Taper du texte

**Antécédents chirurgie thoracique**

Taper du texte

**Examen clinique**

Poids (kg) : Taper du texte

Taille (cm) : Taper du texte

Atteinte pulmonaire

Fréquence respiratoire (FR) / min : Taper du texte

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

Polypnée

Déformation thoracique

Hippocratisme digital

Commentaires : Taper du texte

Atteintes extra-respiratoires

Atteinte digestive / nutritionnelle : Taper du texte

Atteinte neurologique : Taper du texte

Autre(s) atteinte(s) : Taper du texte

# Explorations réalisées

Résultat

TDM thoracique  Taper du texte

EFR  Taper du texte

Echographie cardiaque HTAP : oui  non  Taper du texte

Autres Taper du texte

# Prise en charge

**Traitements actuels** :

Commentaires

Oxygénothérapie Taper du texte

Ventilation Taper du texte

Nutrition entérale Taper du texte

Gastrostomie Taper du texte

PAC Taper du texte

Immunosuppresseur (molécules et durées) : Taper du texte

Fréquence des cures IV : Taper du texte

Réhabilitation en centre : Taper du texte

Nombre de séance de kiné respiratoire : Taper du texte

# Demande d’avis de la RCP

Avis demandé\* : Evaluation en centre de référence Thérapeutique Autre :

Question posée :

**Conclusion de la RCP** :

Taper du texte

**Prise en charge :**

Taper du texte