

Nom

Email:

Téléphone:

Nom et adresse de l'hôpital:







FORMULAIRE RCP MATHEC SCLERODERMIE SYSTEMIQUE

Ce formulaire, ainsi que ceux concernant les autres maladies auto-immunes, est téléchargeable au lien suivant : https://www.mathec.com/soignants/rcp-mathec/

Pour chaque patient atteint de Sclérodermie Systémique, merci de compléter ce formulaire pour chaque patient que vous souhaitez présenter à la RCP MATHEC et de le faire parvenir 8 à 3 jours avant la date prévue de la RCP à l'adresse suivante : pascale.godard@aphp.fr ou par fax au 01.42.49.94.78

Médecin Demandeur

Fax

Prénom:

| Patient présenté | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Nom de Naissance : Prénom : Date de Naissance : Adresse : | Nom Usuel : Sexe : | | | | | |
| Numéro de téléphone : | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Atteintes initiales | | | | | |
| Date 1er symptôme hors R | aynaud : | | | | | |
| Date Diagnostic : | Critères de classification ACR/EULAR 2013 (Annexe 1) Score (sur 24): | | | | | |
| | | | | | | |









| Différentes lignes de traitement et complications survenues | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Différentes lignes de traitement et complications survenues | | | | | |
| , | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |









| Etat clinique à la dernière évaluation | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Date : / / | | | | | | |
| Poids: Taille: | | | | | | |
| Au plan cutané Date : / / | | | | | | |
| Rodnan:/51 | | | | | | |
| Ulcérations digitales : ☐ non ☐ oui | | | | | | |
| Au plan cardiovasculaire | | | | | | |
| PAS :mmHg PAD :mmHg Fréquence cardiaque :batt/min | | | | | | |
| | | | | | | |
| Holter ECG 24h: | | | | | | |
| Echographie cardiaque : Date : / / FEVG :% FR :% PAPsys :mmHg Vit d'IT :m/s Dilatation des cavités : | | | | | | |
| Epanchement pencardique | | | | | | |
| IRM Cardiaque : □ non □ oui Date//20 Résultat : | | | | | | |
| Au plan pulmonaire | | | | | | |
| | | | | | | |
| Tabagisme : □ jamais □ actuel □ passé Date sevrage : / / Paquets Année: | | | | | | |
| Scanner thoracique : □ non □ oui Date : / / Résultat : | | | | | | |
| Epreuves fonctionnelles respiratoires. Date : / / | | | | | | |
| Débit/volume % Théorique | | | | | | |
| CVF | | | | | | |
| VEMS | | | | | | |
| VEMS/CV max | | | | | | |
| Spirométrie lente | | | | | | |
| CV max | | | | | | |
| CPT | | | | | | |
| VR Diffusion | | | | | | |
| DLCO corrigée | | | | | | |
| DLCO/VA corrigé | | | | | | |
| Conclusion: | | | | | | |
| | | | | | | |
| Cathátáriama drait i gharra an agus 🗆 nan 🗆 agis 🔻 Data i 🗸 🗸 | | | | | | |
| Cathétérisme droit + charge en sel : ☐ non ☐ oui ☐ bate : / / (10cc/kg de sérum salé isotonique à 37°C à passer en 10min) | | | | | | |
| Repos Test rempli | | | | | | |
| PAPm | | | | | | |
| PAPo | | | | | | |
| RAP (UWood) | | | | | | |
| Débit cardiaque | | | | | | |
| Résultat : | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |









| Biochimie | <u>Au plan biologique</u> | | | Date : / / | | | |
|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|-----------------|---|
| Bilan infectieux : Sérologie | Biochimie : | Hb : Plaquette Protéinur | g/dl GE es :/mm3 ie 24h :g/ | 3 :/mm3 Créat : 24h | Lymphocytes : µmol/l Albumin | /mm3 le :g/l | |
| Sérologie | Bilan inflammatoire : CRP :mg/l. fibrinogène :g/l | | | | | | |
| Résultat Date Résultat Date | Bilan infect | ieux : | | | | | |
| Résultat Date Résultat Date | | | Séro | ologie | F | PCR | 7 |
| VIH 1/2 Ag+Ac HTLV1/2 CMV EBV HBV Ac HBs Ag HBs | | | | | | | 7 |
| HTLV1/2 CMV EBV HBV Ac HBs Ag HBs Ac HBc Ac HBe HCV HHV8 HSV1/2 Toxoplasmose TPHA / VDRL Vaccination Hépatite B: □ non □ oui Vaccination antigrippale: □ non □ oui Vaccination antigrippale: □ non □ oui Consultation gynécologie + mammographie: □ Date: / / | VIH 1/2 Ag | +Ac | | | | | 1 |
| EBV HBV Ac HBs Ag HBs Ac HBc Ac HBe HCV HHV8 HSV1/2 Toxoplasmose TPHA / VDRL Vaccination Hépatite B: non oui Vaccination antipneumococcique: non oui Vaccination antigrippale: non oui Vaccination antigrippale: Date: / / | | | | | | | 7 |
| HBV Ac HBs Ag HBs Ac HBc Ac HBc Ac HBe Ac HBE | CMV | | | | | | 7 |
| Ag HBs Ac HBc Ac HBe HCV HHV8 HSV1/2 Toxoplasmose TPHA / VDRL Vaccination Hépatite B: non oui Vaccination antigrippale: non oui Vaccination antigrippale: Date: / / Panoramique dentaire + consultation stomatologie: Date: / / Consultation gynécologie + mammographie: Date: / / | EBV | | | | | | 1 |
| Ac HBc | HBV | Ac HBs | | | | | 1 |
| Ac HBe | | Ag HBs | | | | | 7 |
| HCV HHV8 HSV1/2 Toxoplasmose TPHA / VDRL Vaccination Hépatite B : □ non □ oui Vaccination antipneumococcique : □ non □ oui Vaccination antigrippale : □ non □ oui TDM Sinus + Consultation ORL: □ Date : / / Panoramique dentaire + consultation stomatologie : □ Date : / / Consultation gynécologie + mammographie: □ Date : / / | | Ac HBc | | | | | |
| HHV8 HSV1/2 Toxoplasmose TPHA / VDRL Vaccination Hépatite B : | | Ac HBe | | | | | |
| HSV1/2 Toxoplasmose TPHA / VDRL Vaccination Hépatite B : □ non □ oui Vaccination antipneumococcique : □ non □ oui Vaccination antigrippale : □ non □ oui TDM Sinus + Consultation ORL: □ Date : / / Panoramique dentaire + consultation stomatologie : □ Date : / / Consultation gynécologie + mammographie: □ Date : / / | | | | | | | |
| Toxoplasmose TPHA / VDRL Vaccination Hépatite B : □ non □ oui Vaccination antipneumococcique : □ non □ oui Vaccination antigrippale : □ non □ oui TDM Sinus + Consultation ORL: Panoramique dentaire + consultation stomatologie : □ Date : / / Consultation gynécologie + mammographie: □ Date : / / | | | | | | | |
| TPHA / VDRL Vaccination Hépatite B : □ non □ oui Vaccination antipneumococcique : □ non □ oui Vaccination antigrippale : □ non □ oui TDM Sinus + Consultation ORL: Date : / / Panoramique dentaire + consultation stomatologie : Date : / / Consultation gynécologie + mammographie: Date : / / | | | | | | | |
| Vaccination Hépatite B : non oui Vaccination antipneumococcique : non oui Vaccination antigrippale : non oui TDM Sinus + Consultation ORL: Date : / / Panoramique dentaire + consultation stomatologie : Date : / / Consultation gynécologie + mammographie: Date : / / | | | | | | | |
| Vaccination antipneumococcique : | TPHA / VD | RL | | | | | |
| Consultation gynécologie + mammographie: Date : / / | | | ····· | | | e: / / | |
| Traitements actuels | | | ie + mammograp | hie: | Date | : / / | |
| | Trantement | <u>a actueis</u> | | | | | |









Annexe 1

| Domaine | Critères * | Score # |
|---|---|---------|
| | Épaississement cutané des doigts des mains s'étendant au-delà des articulations MCP | 9 |
| Épaississement cutané (ne tenir compte que du score le plus élevé) | Doigts boudinés | 2 |
| | Atteinte des doigts ne dépassant pas les articulations MCP | 4 |
| | Ulcères pulpaires digitaux | 2 |
| Lésions pulpaires (ne tenir compte que du score le plus élevé) | Cicatrices déprimées | 3 |
| Télangiectasies | | 2 |
| Anomalies capillaroscopiques | | 2 |
| Atteinte pulmonaire | HTAP et/ou fibrose pulmonaire | 2 |
| Phénomène de Raynaud | | 3 |
| Anticorps spécifiques de la ScS | Anti-topoisomérase I Anticorps anti-centromères Anti-ARN polymerase de type III | 3 |

Van Den Hoogen F, Arthritis Rheum, 2013