**RCP LYMPHŒDEME PRIMAIRE ET MALFORMATIONS LYMPHATIQUES**

**FORMULAIRE DE DEMANDE D’AVIS**

[ ]  *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 seront gérées via un site sécurisé et seront partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique.*

**DOCUMENTS A JOINDRE : Images de lympho-IRM / lympho-scintigraphie à transférer avant la RCP - Compte-rendu des examens d’imageries effectués - Résultats des analyses génétiques si déjà effectuées - Arbre généalogique**

**ATTENTION :** **Tous les champs marqués par \* sont obligatoires.**

|  |
| --- |
| \*MEDECIN PRESCRIPTEUR DE LA RCP  |
| Nom, prénom et téléphone du médecin prescripteur | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Adresse postale ET adresse mail institutionnelle pour envoi du CR | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Date d’envoi de la demande de RCP | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \*PATIENT  |  |  |
| Nom d'usage | Cliquez ici pour taper du texte. | **Nom de naissance** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Prénom | Cliquez ici pour taper du texte. | **Sexe** | F[ ]  M[ ]  |
| Date de naissance | Cliquez ici pour taper du texte. | **Consanguinité** | Non [ ]  Oui [ ]  |
| Poids (kg) | Cliquez ici pour taper du texte. | **Taille (cm)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Antécédents  | **Familiaux :** Cliquez ici pour taper du texte.**Personnels :** Cliquez ici pour taper du texte. |
| Diagnostic génétique Joindre une copie des résultats | Non [ ]  Oui [ ]  **Si oui :** * Date du rendu du test génétique : Cliquez ici pour taper du texte.
* Type de panel effectué : Cliquez ici pour taper du texte.
* Mutation **germinale** [ ]  **somatique** [ ]
* Variant(s) identifié(s) : Cliquez ici pour taper du texte.
* **Cas index** [ ]  **Apparenté** [ ]
 |

|  |
| --- |
| \*HISTOIRE DU LYMPHŒDEME / (Malformation lymphatique ?) |
| Age de début Choisissez un élément. | **Age de diagnostic** Choisissez un élément. |
| Stade selon ISL Cliquez ici pour taper du texte. | **Localisation** Cliquez ici pour taper du texte. |
| Anomalie vasculaire associée | Non [ ]  Oui [ ]  **Si oui, préciser le type** **:** Cliquez ici pour taper du texte. **Localisation :** Cliquez ici pour taper du texte. |
| Atteintes locales  | **Dermo-hypodermite bactérienne** Non [ ]  Oui [ ]  **Lymphorrhée** Non [ ]  Oui [ ]  **Papillomatose** Non [ ]  Oui [ ]  **Autres :** Cliquez ici pour taper du texte. |
| Atteintes lymphatiques systémiques  | **Lymphangiectasies digestive ou pulmonaire** Non [ ]  Oui [ ]  **Ascite chyleuse** Non [ ]  Oui [ ]  **Chylothorax** Non [ ]  Oui [ ] **Ecoulement lymphatique autre** Non [ ]  Oui [ ] **Autres :** Cliquez ici pour taper du texte. |
| Histoire plus détaillée,Autres atteintes | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| \*CLINIQUE, IMAGERIE, BIOLOGIE |
| Description clinique | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Examens biologiques | **Hypoalbuminémie** Non [ ]  Oui [ ]  **Lymphopénie** Non [ ]  Oui [ ]  **EPP** Non [ ]  Oui [ ]  **Bilan ferrique** Non [ ]  Oui [ ]  **Autres résultats pertinents :** Cliquez ici pour taper du texte. |
| Imagerie : | **Lympho-scintigraphie** Non [ ]  Oui [ ]  **Lympho-IRM** Non [ ]  Oui [ ]  **Echographie rénale** Non [ ]  Oui [ ]  **Echo-Doppler veineux** Non [ ]  Oui [ ]  **Télémétrie** Non [ ]  Oui [ ]  **EOS** Non [ ]  Oui [ ]  **Autres :** Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| \*PRISE EN CHARGE MEDICALE ACTUELLE (et malformation ?) |
| Prise en charge | **Traitement Décongestionnant Intensif** Non [ ]  Oui [ ]  **Compression** Non [ ]  Oui [ ]  **Chirurgie** Non [ ]  Oui [ ]  Préciser : Cliquez ici pour taper du texte.**Autre**  Non [ ]  Oui [ ]  Préciser : Cliquez ici pour taper du texte. |
| Traitement actuel | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| \*AVIS DEMANDE A LA RCP LYMPHŒDEME PRIMAIRE |
| Avis demandé | [ ] **Diagnostic**  [ ] **Thérapeutique** [ ]  **Projet de grossesse** [ ]  **Autre** |
| Niveau d’urgence | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Type de questionQuestion poséeSpécialités sollicitées | Choisissez un élément.Cliquez ici pour taper du texte.Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| REPONSE DE LA RCP |
| Date de réception de la demande | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Date de la RCP | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Conclusion de la RCP | Cliquez ici pour taper du texte. |