

**REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE  
INFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES. LE : / / .**

**A envoyer à l'adresse RCP : [rnp.infections-osseuses@chu-rennes.fr](mailto:rnp.infections-osseuses@chu-rennes.fr)**

**AU PLUS TARD LE LUNDI A 16H**

Nom / Prénom du Patient :

Date de Naissance :

Homme  Femme

Adresse (si patient extérieur au CHU de Rennes) :

**Patient présenté par :** \_\_\_\_\_

- Sera :**
- Présent à la RCP mardi à 17h30 **5<sup>ème</sup> étage**
  - En visioconférence
  - En conférence téléphonique

Il est nécessaire qu'un praticien connaissant le patient puisse présenter le cas du patient et répondre aux questions.  
Nous vous envoyons les modalités de connexion le mardi matin pour la visioconférence et la conférence téléphonique.

Patient déjà passé en RCP CRIOGO :

Oui  Non

**CONTEXTE DE LA RCP**

Episode :

1<sup>er</sup> Episode  Rechute

Motif :

<input type="checkbox"/> Stratégie médico-chirurgicale	<input type="checkbox"/> Bilan pré-thérapeutique
<input type="checkbox"/> Réévaluation en cours traitement	<input type="checkbox"/> Deuxième temps de chirurgie après infection

**SYNTHESE CLINIQUE**

Poids actuel :

Taille :

Score ASA :

Dosage CRP :

Créatininémie :



Comorbidités ou terrains interférents :

<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque
<input type="checkbox"/> Polyopathie	<input type="checkbox"/> Immunodépression	<input type="checkbox"/> Diabète

**Facteurs de risque :**

<input type="checkbox"/> Traitement immunosupresseur	<input type="checkbox"/> Infection par le virus VIH ou par les virus des hépatites
<input type="checkbox"/> Cirrhose	<input type="checkbox"/> Néoplasie évolutive
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie anti-cancéreuse	<input type="checkbox"/> Maladies auto-immunes et rhumatismes inflammatoires chroniques
<input type="checkbox"/> Rhumatisme inflammatoire chronique	<input type="checkbox"/> Drépanocytose
<input type="checkbox"/> Hémophile	<input type="checkbox"/> Transplantation d'organe
<input type="checkbox"/> Obésité morbide (IMC > 30)	<input type="checkbox"/> Tabagisme actif
<input type="checkbox"/> Diabète avec complication(s)	<input type="checkbox"/> Autre :

**Allergie connue aux ATB :**

**Allergies :**

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ND
------------------------------	------------------------------	-----------------------------

**Histoire clinique :**

**Question posée à la RCP :**

**LOCALISATION / MICROBIOLOGIE / CHIRURGIE**

**Site :**

**côté :**

**Cadre nosologique :**

<input type="checkbox"/> Prothèse	<input type="checkbox"/> Matériel d'ostéosynthèse	<input type="checkbox"/> Ostéite
<input type="checkbox"/> Pseudarthrose	<input type="checkbox"/> Arthrite	<input type="checkbox"/> Autres :

**Microbiologie :**

Documenté fiable

/

Non documenté/

Non contributif

**Germe(s) :** Date, type, et nombre de prélèvements positifs

-  
-