

Date de la RCP :

INFORMATION PATIENT PAR LE MÉDECIN DEMANDEUR

Je soussigné Dr _____ déclare avoir informé M/Mme/Melle _____ de la présentation de son dossier en RCP, de l'informatisation et du partage de ses données personnelles sur le serveur d'un hébergeur de données de santé agréé et atteste que le (la) patient(e) ne s'y oppose pas.

Merci de remplir la présente fiche de demande et de la renvoyer au secrétariat au moins 24h avant la date de la réunion concernée par messagerie (rnp.criogo@chu-tours.fr) accompagnée de radiographies et de bactériologie (antibiogramme)

PATIENT

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____
 DDN : _____ Age : Femme Homme Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____

DEMANDE D'AVIS

Nom du demandeur : _____ Service demandeur : _____ Tel : _____
 Autres correspondants : _____ Email : _____

Question posée :

Diagnostic de l'infection : _____ Site : _____

ANTÉCÉDENTS ET DONNÉES CLINIQUES :

- Diabète Obésité Cachexie Néoplasie Polyarthrite rhumatoïde Immunosuppression
 Insuffisance(s) Allergies antibiotiques : _____
 Autre : _____
 Score ASA : _____ CRP: _____ mg/L Créatinémie : _____ µmol/L DFG : _____

Chirurgie(s)	Initiale : /_/_/_/_/	Reprise 1 : /_/_/_/_/	Reprise 2 : /_/_/_/_/
Type			
Site et côté D ou G			
Si urgence trauma ouvert/fermé			
Complication(s)			

Microbiologie :

Date :

 identification par PCR présence de BMR

Prélèvements	GERMES			
	1.	2.	3.	4.
Type				
Nombre total				
Nombre de positifs				
Bactériémies				

Antibiothérapie des 6 derniers moisAbords veineux : Périphérique Central Chambre implantable Picc Line Absence

Molécule	Date de début	Date de fin	Posologie	Voie	Adaptée ?
1.	/_/_/_/_/_/	/_/_/_/_/_/			
2.	/_/_/_/_/_/	/_/_/_/_/_/			
3.	/_/_/_/_/_/	/_/_/_/_/_/			
4.	/_/_/_/_/_/	/_/_/_/_/_/			

HISTOIRE DE LA MALADIE