**FICHE PRATICIEN DEMANDEUR**

**Réunion de concertation pluridisciplinaire infections ostéo-articulaires**

**du date**

**PRATICIEN DEMANDEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM Prénom :** | |
| **Adresse établissement : N° voie CP VILLE** | |
| **Tél. :** | **Fax :** |
| **Courriel :** | |

**PATIENT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM d’usage (NOM de naissance) Prénom :** | | |
| **Né(e) le / /** | **Lieu :** | **Sexe : M ou F** |
| **Adresse : N° voie CP VILLE** | | |
| **Tél :** | | |

**SYNTHÈSE CLINIQUE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Poids actuel**: kg | **Taille** : cm |
| **Dosage CRP**: mg/L | **Score ASA**: |
| **Créatininémie** : µmol/L | **Clairance de la créatinine** : mL/min/1,73m² |
| **Comorbidités ou terrains interférents** |  |
| ❑ Insuffisance rénale  ❑ Insuffisance hépatique  ❑ Insuffisance cardiaque | ❑ Poly pathologie  ❑ Immunodépression  ❑ Diabète |
| **Facteurs de risque** | |
| ❑ Traitement immunosuppresseur  ❑ Cirrhose  ❑ Chimiothérapie anti-cancéreuse  ❑ Rhumatisme inflammatoire chronique  ❑ Hémophile  ❑ Obésité morbide (IMC > 30)  ❑ Diabète avec complication(s) | ❑ Infection par le virus VIH ou virus des hépatites  ❑ Néoplasie évolutive  ❑ Maladies auto-immunes et rhumatismes inflammatoires chroniques  ❑ Drépanocytose  ❑ Transplantation d'organe  ❑ Tabagisme actif |
| **Si autre, préciser :** | |
| **Allergie connue aux antibiotiques :** | |

|  |
| --- |
| **RÉSUME CLINIQUE : (possibilité de transmettre le diaporama)** |
|  |

|  |
| --- |
| **QUESTIONS POSÉES :** |
|  |