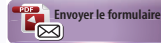


# Fiche demande d'avis PID au Centre de référence

■ A adresser par email en cliquant en haut à droite de la fiche sur



ou par fax au : 04 72 35 76 53

## 1 MEDECIN

Nom  Prénom   
Etablissement ou Cabinet   
Email   
Téléphone  Fax

## 2 PATIENT

Nom  Prénom  Homme  Femme   
Date de naissance (jj/mm/aa) / /  Âge   
**Contact** : Téléphone  Email   
Adresse.....  
.....

## 3 Comorbidités significatives

- CI notables aux investigations : .....
- CI notables aux traitements habituels (diabète, HTA, obésité, ostéoporose, etc.) : .....

4 **Ancienneté / Evolutivité** < à 3 mois  ou < à 1 an  ou < à 3 ans  ou > à 3 ans  Inconnue

## 5 Orientation diagnostique

FPI  Sarcoïdose  PHS  Autre  Préciser :

## 6 Retentissement fonctionnel

Majeur  Modéré  Minimale  Autre  Préciser :

## 7 Investigations faites

Fibroscopie  Biopsie pulmonaire  Autre  Préciser :

## 8 Prise en charge engagée

Corticothérapie  Arrêt de traitement  Autre  Préciser :

## 9 Degré d'urgence estimé

1 semaine  1 mois  Autre  Préciser :

## 10 Question principale

Diagnostique  Thérapeutique initiale  Ajustement thérapeutique  
Recherche clinique  Autre  Préciser :

## 11 Images TDM si possible

Oui  Envoi CD  PACS  Email  Autre  Préciser :   
Non   
Autre(s) information(s) courrier, compte rendus... Oui  Pièce(s) jointe(s)  Préciser :   
Non

## 12 Suivi idéal attendu

Demande d'avis uniquement sans adresser le patient   
Délégué au Centre  Partagé avec le Centre   
Ponctuel : le centre voit le patient et renvoie ensuite le patient