



Centre de **R**éférence pour la prise en charge des **I**nfections
Ostéo-**A**rticulaires **C**omplexes
Centre Chirurgical Emile Gallé – 49 rue Hermite – Bâtiment B – 3^{ème} étage – CS 75211
54052 NANCY CEDEX

Téléphone : 33 (0)3 83 85 75 61 – Télécopie : 33 (0)3 83 85 78 22

M@il : crioacgrandest@chu-nancy.fr

Site Web : www.crioacgrandest.fr

FICHE PRATICIEN DEMANDEUR

REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE INFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES DU **date**

PRATICIEN DEMANDEUR : **NOM** :
Adresse établissement : **N° voie CP VILLE**

Tél :
Mail :

Fax :

PATIENT

Patient : **NOM d'usage (NOM de naissance) Prénom**
Né(e) le / / Lieu : de sexe **M ou F**
Adresse : **N° voie CP VILLE**
Tél :

SYNTHESE CLINIQUE

Poids actuel : kg	Taille : cm
Dosage CRP : mg/L	Score ASA :
Créatininémie : $\mu\text{mol/L}$	Clairance de la créatinine : mL/min/1,73m ²
Comorbidités ou terrains interférents : <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Poly pathologie <input type="checkbox"/> Immunodépression <input type="checkbox"/> Diabète
Facteurs de risque : <input type="checkbox"/> Traitement immunosuppresseur <input type="checkbox"/> Cirrhose <input type="checkbox"/> Chimiothérapie anti-cancéreuse <input type="checkbox"/> Rhumatisme inflammatoire chronique <input type="checkbox"/> Hémophile <input type="checkbox"/> Obésité morbide (IMC > 30) <input type="checkbox"/> Diabète avec complication(s)	<input type="checkbox"/> Infection par le virus VIH ou par les virus des hépatites <input type="checkbox"/> Néoplasie évolutive <input type="checkbox"/> Maladies auto-immunes et rhumatismes inflammatoires chroniques <input type="checkbox"/> Drépanocytose <input type="checkbox"/> Transplantation d'organe <input type="checkbox"/> Tabagisme actif
Si autre, préciser :	
Allergie connue aux antibiotiques :	



Centre de Référence pour la prise en charge des Infections Ostéo-Articulaires Complexes
Centre Chirurgical Emile Gallé – 49 rue Hermite – Bâtiment B – 3^{ème} étage – CS 75211
54052 NANCY CEDEX
Téléphone : 33 (0)3 83 85 75 61 – Télécopie : 33 (0)3 83 85 78 22
M@il : crioacgrandest@chu-nancy.fr
Site Web : www.crioacgrandest.fr

RESUME CLINIQUE : (possibilité de transmettre le diaporama)

QUESTIONS POSEES :