**REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE**

**COORDINATION**

Pr Pierre TATTEVIN

Dr Solène PATRAT-DELON

**MEDECINS DU CENTRE DE REFERENCE**

**Infectiologues**

Pr Matthieu REVEST

Dr Cédric ARVIEUX

Dr Marion BALDEYROU

Dr François BENEZIT

Dr Jean-Marc CHAPPLAIN

Dr Faouzi SOUALA

Dr Audrey LEBOT

Dr Marine CAILLEAUX

Dr Marine SEBILLOTTE

**Neurologues**

Dr Anne SALMON

Dr Serge BELLIARD

**Rhumatologues**

Dr François ROBIN

**Parasitologue**

Dr Sorya BELAZ

**Psychiatres**

Dr David TRAVERS

Dr Julie DOUCERAIN

**Dermatologue**

Pr Alain DUPUY

**Cardiologue**

Dr Nathalie BEHAR

**Anesthésistes,**

**Centre d’évaluation et traitement de la douleur**

Dr Anne-Cécile NEAU

Dr Alexandra MENET

**Pédiatre algologue**

**Médecine interne**

Dr Antoinette PERLAT

**Neuro-Psychologue**

Mme Camille HOU

**Psychologue**

Mme Anne-Gaëlle BALAVOINE

**Technicien d’Etudes Cliniques**

Mr Florian BOUCHET-CRIVAT

**Assistante Médico-Administrative
Chargée de projets évènementiels**

Mme Halima CAMPEAUX

**CONTACTS :**

Mail : CRMVT@chu-rennes.fr
Tél. 02 99 28 83 77***Ligne d’avis téléphonique réservée
aux professionnels de santé***

Tél. 02 99 28 97 61

***Secrétariat Maladies infectieuses***

Tél. 02 99 28 95 64

**DU ……………………**

26 octobre 2023

**MEDECIN DEMANDEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM |  |
| Tél |  |
| E-mail |  |
| Centre Hospitalier d’exercice | Choose an item. |

**PATIENT**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM/PRENOM |  |
| Date de Naissance |  |
| Ville de résidence |  |
| **Antécédents significatifs – préciser si nécessaire** |
| Infectieux |  |
| Neurologique |  |
| Rhumatologique |  |
| Maladies auto immunes/ inflammatoires |  |
| Dermatologique |  |
| Psychiatrique |  |
| Autre |  |

**RESUME de la SITUATION MEDICALE**

|  |
| --- |
| **Exposition aux tiques** : oui [ ]  / non [ ]  |
| **ATCD d’érythème migrant** : oui [ ]  / non [ ]  |
| **Signes actuels :** | Articulaires [ ]  |
|  | Neurologiques [ ]  |
|  | Dermatologique [ ]  |
|  | Psychiatriques [ ]  |
|  | Fonctionnels [ ]  |
|  | Autres [ ]  |
| **Sérologie de Lyme positive sang :** | ELISA [ ]  / Western Blot [ ]  |
| **Sérologie de Lyme positive LCR :** | ELISA [ ]  / Western Blot [ ]  |

Médecins destinataires :

|  |  |
| --- | --- |
| Médecin traitant |  |
| Autres médecins |  |

**RESUME CLINIQUE :**

**Question posée à la RCP ?**

**PROPOSITION de la RCP :** préciser le diagnostic envisagé, les soins et le suivi proposés

|  |
| --- |
| Traitement antibiotique proposé : Doxycycline [ ]  C3G [ ]  Amoxicilline [ ]  Autres [ ]  |
| Borréliose de Lyme **prouvée** évolutive [ ]  |
| Borréliose de Lyme **possible** évolutive [ ]  |
| Diagnostic différentiel envisagé [ ]  |

**Médecins destinataires : Merci de renseigner les noms, adresses et MAILS des médecins. Le CR de la RCP sera envoyé dès la validation par le président(e) de la séance.**

|  |  |
| --- | --- |
| * Nom Médecin traitant
* Adresses
* Mail
 |  |
| Autres médecins* Nom Médecin traitant
* Adresses
* Mail
 |  |