

Réunion Régionale MICI du Grand Est

Date : _____ **PRATICIEN DEMANDEUR :** _____

Médecin traitant : _____

PRATICIEN PRESENTS :

Chirurgien :

Hépatogastroentérologue :

Radiologue :

Pathologiste :

Nutritionniste :

DESCRIPTION DU CAS SOUMIS

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____

Tabagisme actif :

Etat général :

normal

altération légère/modérée/forte

Statut nutritionnel :

poids actuel :

Albuminémie :

Poids de forme :

ATCD familiaux :

Type de MICI : Crohn

RCH

Classification Montréal :

Localisation L1 Iléal (+- caecum) L2 colique L3 iléo-colique + L4 tube digestif haut /

RCH : E1 Rectum E2 en aval angle gauche E3 en amont angle gauche

Phénotype B1 inflammatoire B2 sténosant B3 fistulisant (hors LAP)

+ p LAP oui ; non

Atteinte extra-digestive :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Année de diagnostic de la maladie :

- Histoire naturelle depuis le diagnostic / complications :

- Traitements arrêtés :

- ATCD chirurgicaux :

SITUATION ACTUELLE :

Traitements en cours :

Dernier bilan endoscopique :

Dernier bilan radiologique :

Signes cliniques :

BIO :

CRP :

Calprotectine fécale

Autre :

QUESTION POSEE :

ELEMENTS MANQUANTS NECESSAIRES :

PROPOSITION DU COMITE :