



FICHE DE DEMANDE DE PREMIERE CONSULTATION

CENTRE DE REFERENCE MALADIES RARES - MALADIES NEUROMUSCULAIRES

IDENTITE DU PATIENT :

NOM : Prénom :

Date de naissance :

MOTIF DE LA DEMANDE :

EXAMENS DEJA REALISES :

DEGRE D'URGENCE :

- Urgent = exemple : pt déjà suivi avec perte d'autonomie récente ou atteinte multi système qui s'aggrave, myasthénie auto-immune décompensée, Syndrome de Guillain Barré, myosite
- Moyennement Urgent = myasthénie auto-immune nécessitant une prise en charge thérapeutique, PRNC ou similaires en décompensation,
- Non Urgent / Chronique exemple : patient avec douleurs chroniques (en cas de urgence sur la prise en charge adresser le patient au Centre antidouleur), évolution chronique d'une maladie neuromusculaire génétique, neuropathie à petites fibres, PRNC stable

NIVEAU D'AUTONOMIE : Autonome Marche avec aide Confiné au fauteuil roulant

TROUBLES DE DEGLUTITION : Oui Non

TYPE DE CONSULTATION SOUHAITEE : Simple Pluridisciplinaire

Téléconsultation Télé-expertise

MEDECIN AUQUEL
S'ADRESSE

CETTE DEMANDE :

- Pr SACCONI (sacconi.s@chu-nice.fr / 06.30.33.94.35) (Muscle, jonction NM, atteinte cérébelleuse)
- Dr PUMA (puma.a@chu-nice.fr) / 04.92.03.54.35) (Nerf, jonction NM)
- Dr VILLA (villa.l@chu-nice.fr) / 04.92.03.83.31) (Muscle, Nerf, jonction NM)
- Dr CAVALLI (cavalli.m@chu-nice.fr) / 04.92.03.83.31) (Muscle, Nerf, jonction NM)

COORDONNEES DU
MEDECIN DEMANDEUR :

SI POSSIBLE, SPECIFIER
LA PRISE EN CHARGE ET/OU
LES EXAMENS DEMANDES :