**Demande d’avis concernant une pneumopathie infiltrante diffuse**

*Date*

 Chère Consœur, cher Confrère,

 Nous avons réalisé chez …, né(e) le …, un bilan de pneumopathie infiltrante diffuse.

 ***Antécédents médico-chirurgicaux personnels :***

***Antécédents familiaux :***

***Traitement habituel:***

***Toxiques et environnement***

* Tabagisme cumulé (actif/passif):
* Environnement
	+ Animaux :
	+ Source d’humidité dans la maison, dégâts des eaux, moisissures, literie en plumes,…
* Profession :
* Hobbies :
* Pneumotoxiques (+ durée de l’exposition) :
* Allergies :

***Histoire clinique :***

* Histoire de la PID, circonstances de découverte, traitements antérieurs
* Symptomatologie respiratoire actuelle
* Signes extra-pulmonaires (Raynaud, arthralgies/myalgies, syndrome sec, lésions cutanées, RGO)

***Examen clinique***

* Poids … kgs, Taille … cms. BMI …
* Auscultation cardiaque
* Auscultation pulmonaire
* Hippocratisme digital ?
* Adénopathies ?
* Eruption cutanée ?
* Signes de connectivite ?

***Examens complémentaires :***

Biologie (*date)* : Fonction rénale … Bilan hépatique … CK … Facteur rhumatoïde … , Anti-CCP …., ANA (titre, aspect et caractérisation)…ANCA (titre et caractérisation)… Myodot …

Analyse urinaire (*date)* : protéinurie (oui/non), hématurie (oui/non)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Traitement éventuel** | **Poids**(kgs) | **CVF** (L, %) | **VEMS/CVF** (L,%) | **CPT**(L,%) | **VR/CPT** (%) | **DLCO** (mL/min/mmHg, %) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Epreuves fonctionnelles respiratoires (protocoles complets en annexe) :

Scanner(s) thoracique(s) (*date(s))*:

*Joindre tous les scanners thoraciques réalisés, y compris les plus anciens (en cas d’absence d’anciens scanners thoraciques, des scanners abdominaux peuvent éventuellement aider à la comparaison)*

Lavage broncho-alvéolaire par voie endoscopique (*date) :*

* Cytologie (cellules nucléées : … cellules)
* … % Monocytes
* … % Lymphocytes
* … % Neutrophiles
* … % Eosinophiles
* Score de GOLDE si réalisé
* Bactériologie :
* Analyse anatomopathologique :

Biopsies bronchiques-transbronchiques/Cryobiopsie/Biopsie chirurgicale (*date) :*

Gazométrie artérielle (*(date)*

Test de marche de six minutes (*date) :*

Ergospirométrie (*date)*:

Oxymétrie nocturne (*date)*:

Echographie cardiaque (*date)*:

Autres (PET-scanner, capillaroscopie, biopsie des glandes salivaires, avis rhumatologique, densité osseuse…) (*date)*:

***Conclusion :***

***Question posée :***

***Mode de suivi souhaité :***

Signature : Dr … (pneumologue traitant)