

CENTRE		REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE : PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES		Etiquette Patient
<input checked="" type="checkbox"/> Etab. 1 <input type="checkbox"/> Etab. 2 <input type="checkbox"/> Etab. 3 <input type="checkbox"/> Etab. 4				
Date RCP	Motif de la RCP	Type d'infection ostéo-articulaire		Sortie le :
/ /	Stratégie médico-chirurgicale Bilan pré-thérapeutique	<input type="checkbox"/> Prothèse <input type="checkbox"/> Ostéite <input type="checkbox"/> Pseudarthrose <input type="checkbox"/> Arthrite		
Chronologie	Réévaluation en cours de traitement 2ème temps de chirurgie après infection	Localisation		<input type="checkbox"/> IOA Simple
Aigue				<input type="checkbox"/> IOA Complexe
Chronique				
Rechute				
Médecins présents		ANTECEDENTS, RENSEIGNEMENTS CLINIQUES		
Orthopédie Pr H MIGAUD Pr G PASQUIER	Age :	Antibio en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Echec de prise en charge <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Terrain <input type="checkbox"/> Microbiologie
	Poids :	Date arrêt antibio	<input type="checkbox"/>	
Infectiologie Pr E SENNEVILLE Dr S N GUYEN	Clearance créatinine (ml/min) :	Pas d'antibiothérapie	<input type="checkbox"/>	Prélèvement per-op
	ASA :			
Anesthésie/Réa Dr DEZEQUE	Comorbidités ou terrains interférents	Insuffisance rénale	Immunodépression	Germe résistant
		Insuffisance hépatique	Diabète	
Bactériologues LOIEZ C TITECAT M WALLET F	Autres :			Allergie antibiotiques
	Résumé clinique			
		STRATEGIE CHIRURGICALE		Abord veineux
Médecine interne & Rhumatologie	Ablation de matériel	Excision		<input type="checkbox"/> Périphérique <input type="checkbox"/> Cathéter central <input type="checkbox"/> Chambre implantable
	Amputation	Irrigation/lavage		
Pharmacien	Arthrodèse	Lambeau		Particularités anesthésie
	Cure de pseudarthrose	Ostéosynthèse		
	Biopsie	Grefe		<input type="checkbox"/> Demande RCP de RECOURS
	Changement prothèse 1 temps	Résection		
	Changement prothèse 2 temps : <input type="checkbox"/> 1 ^{er} temps <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} temps	Synovectomie		VISA CRIOA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Spaceur	Autres :		
	Changement prothèse partiel			Nom & signature du médecin
		ANTIBIOTHERAPIE		
Psychiatrie	Préopératoire : (Posologie)			
Radiodiagnostic				
Kinésithérapie				
Invité extérieur	Postopératoire :(Posologie)			
	Antibiothérapie suppressive Oui / Non			