



Réunion Concertation Pluridisciplinaire

Centre Aorte Timone

Nom de naissance

Prénom

Sexe

Nom marital

Date de naissance

Lieu de résidence :

Médecin consulté au CAT _____

Médecin référent

Statut du Patient

Nouveau patient

Date du diagnostic initial _____

Date de la première CS au CAT _____

Patient suivi dans le centre

Date de la dernière CS au CAT _____

Circonstances de découverte

Dépistage organisé

Dépistage familial

Manifestation clinique

Suivi régulier

Non connu

Information du patient				FdR cardiovasculaire
Age	Taille	Poids	IMC	<input type="checkbox"/> Hta <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Obésité

Autres antécédents et Co-morbidités

Traitement médical

Histoire de la maladie

Diagnostic :

Aorte

Segment(s) atteint(s)	Maladie aortique	Etiologie
<input type="checkbox"/> Segment 0 <input type="checkbox"/> Segment I <input type="checkbox"/> Segment II <input type="checkbox"/> Segment III <input type="checkbox"/> Segment IV <input type="checkbox"/> Segment V	<input type="checkbox"/> Anevrysme <input type="checkbox"/> Dissection <input type="checkbox"/> Coarctation isthmique <input type="checkbox"/> Sténose <input type="checkbox"/> Rupture isthmique <input type="checkbox"/> Fistule AB / AO	<input type="checkbox"/> Dégénératif <input type="checkbox"/> Inflammatoire <input type="checkbox"/> Infectieuse <input type="checkbox"/> Génétique

Autres atteintes associés

Valvulopathie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Localisation Type Artères coronaires <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> TCG <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> Circonflexe <input type="checkbox"/> CD	TSAO <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> TABC <input type="checkbox"/> CCG <input type="checkbox"/> SSCG Artères Viscérales <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> AMS <input type="checkbox"/> ARD <input type="checkbox"/> ARG Artères Membres Inférieures <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Art. Iliques <input type="checkbox"/> Artères fémorales <input type="checkbox"/> Artères poplités
---	--

Relecture des examens para-cliniques déjà réalisés

Problématiques soulevées

CONCLUSION - Protocole proposé

- Surveillance Nécessité d'examens complémentaires Traitement chirurgical
