

RCP formulaire de demande d’avis

*« Je déclare avoir recueilli le consentement de mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et l’avoir informé que ses données de santé sont gérées via un site sécurisé et sont partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique »*

|  |  |
| --- | --- |
| Médecin prescripteur | |
| **Médecin prescripteur de la RCP** (nom, prénom) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Médecin responsable du suivi du patient** (Nom, prénom) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Adresse postale *pour envoi du Compte-rendu de RCP* \*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Téléphone portable *du médecin qui présentera le dossier* \*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date de la demande** | Cliquez ici pour taper du texte. |

**\**tous les champs marqués par \* sont obligatoires*. *Si l’une de ces informations est manquante, le patient ne pourra être inscrit.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Patient | | | | | | | | | |
| **Nom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | **Date de naissance\*** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Lieu de Naissance\*** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Prénom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | **Sexe\*** | | | **F** **M** | |
| **Consanguinité\*** | **Oui**  **Non** | | | | | | | | |
| **Le patient a déjà été présenté en RCP locale** | | | Oui  *Si oui, joindre le compte-rendu* | | | Non | | | |
| **Motif de la prise en charge** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | |
| **Antécédents personnels** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | |
| Famille | | | | | | | | | |
| **Antécédents familiaux** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | |
| **Nom de la mère** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | **Prénom de la mère** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **Date de naissance de la mère** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nom du père** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | **Prénom du père** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **Date de naissance du père** | | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Arbre Généalogique (**incluant les variants déjà trouvés chez les différents membres) | | |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Histoire de la Maladie | |
| **Histoire de la maladie**  (10 lignes max…) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Examens cliniques** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Examens complémentaires** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Diagnostic supposé** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Photos/Imagerie | |
| **Photos** | Ajouter des photos |
| **Imagerie** | Ajouter de l’imagerie |

|  |  |
| --- | --- |
| Prise en charge | |
| **Prise en charge déjà réalisée** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitement actuel** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Avis de la RCP | |
| **Avis demandé\*** | **Diagnostique** **Thérapeutique Autre** |
| **Type de question\*** | Choisissez un élément. |
| **Question (s) à poser\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Eléments pertinents du contexte** (avis du patient, ressources locales…) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Niveau d’urgence** | Cliquez ici pour taper du texte. |