

**Fiche de renseignements RCP poldigena**

**MALadies rares digestives**

*« 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 pourront être partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique. Le patient a bien été informé de son droit d’accès, d’opposition, de rectification et d’effacement de ces données ».*

**Contexte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Médecin référent\*** *\*informations obligatoires* | | |
| **Médecin requérant\*** | **Nom, Prénom\*** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Téléphone** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **E-mail\*** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Si le dossier est présenté par un autre professionnel : | | |
| ***Médecin qui présente le dossier (si différent)*** | **Nom, prénom** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Téléphone** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **E-mail** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Date de la demande** | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.. |

**Date de la RCP :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Type de polypose :** Choisissez un élément.

*Si autre préciser* :

**Le patient est adressé pour** : Choisissez un élément.

**Localisation :** Choisissez un élément.

**Question à poser en RCP\* :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Images à partager  :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Patient** *\*informations obligatoires*

**Nom\* :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Prénom\* :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de naissance\* :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Lieu de naissance (Ville, Pays) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Sexe\* :** Choisissez un élément.

**Diagnostic supposé :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Diagnostic génétique posé :** Choisissez un élément.

**1er passage en RCP :** Choisissez un élément.

**Si déjà passé en RCP :**   
**Date :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  
**Décision :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Eléments FAMILIAUX (si utile)**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Histoire synthétique de la maladie et traitements mis en œuvre** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Type(s) de chirurgie(s) réalisée(s)** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**EXAMENS complÉmentaires pertinents**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Examens complémentaires** | **Date** | **Résultat** |
| Choisissez un élément. |  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**AVIS de la rcp \****informations obligatoires*

**Nature de la proposition\* :**

|  |  |
| --- | --- |
| Traitement | Surveillance |
| Nécessité d’examens complémentaires | Autre (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Avis de la RCP\* :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Type de proposition\* :**

Application référentiel  Essai thérapeutique (description)

Traitement hors référentiel

**Type de traitement / type d’examen complémentaire :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Références bibliographiques/référentiels permettant de documenter l’avis de la RCP :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Responsable de la RCP :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Participants à la RCP\* :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.