

**Fiche de renseignement RCP Regionale AURA MaRDi**

CRMR-MaRDi Lyon

**THEME DE LA RCP A PRECISER**

*« 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** *\*informations obligatoires*

**Médecin référent**

**-Nom**, **prénom**: Cliquez ici pour taper du texte.

**-Téléphone** :

**Date de la demande** : Cliquez ici pour taper du texte.

**Date de la RCP :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Responsable de la RCP** : Cliquez ici pour taper du texte.

**Participants à la RCP :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Motif de la RCP :**

|  |  |
| --- | --- |
| Avis diagnostique | Surveillance après traitement |
| Décision de traitement | Ajustement thérapeutique |
| Autre motif (préciser) : Cliquez ici pour taper du texte. |  |

**Question à poser en RCP\* :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Patient** *\*informations obligatoires*

**Nom:** Cliquez ici pour taper du texte.

**Prénom\* :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Date de naissance :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Lieu de naissance :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Sexe :**  F  M

**Antécédents familiaux :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Premier passage en RCP :** Oui Non

**histoire de la maladie**

**Diagnostic supposé :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Age au début des symptômes :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Date du diagnostic :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Age au diagnostic :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Informations complémentaires :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Traitements actuels :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Bilan clinique et biologique**

*Examens biologiques*

*Histologie*

*Examens génétiques*

*Biopsie*

*Imagerie*

**AVIS DE LA RCP** *\*informations obligatoires*

**Nature de la proposition :**

|  |  |
| --- | --- |
| Mise en traitement | Surveillance |
| Nécessité d’examens complémentaires | Autre (préciser) : Cliquez ici pour taper du texte. |

**Avis de la RCP :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Type de proposition:**

Application référentiel  Essai thérapeutique (description)

 Traitement hors référentiel

**Type de traitement / type d’examen complémentaires :** Cliquez ici pour taper du texte.

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