

**Fiche de renseignements RCP MaRDI**

**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** *\*informations obligatoires* | | |
| **Médecin référent\*** | | |
| **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 présentera 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 ici pour taper du texte.

**Type de RCP: Nationale**  **Régionale**

(si régionale : AURA  GGHNPO  Hauts de France Occitanie

**Le patient est adressé pour une RCP** :

|  |
| --- |
| Clinique (demande d’avis diagnostic / thérapeutique) |
| génétique (seulement en RCP Nationale) |

**Expertises souhaitées durant la séance :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**URGENT**

|  |
| --- |
| Oui |
| Non |

**Motif de la RCP\* :**

|  |  |
| --- | --- |
| Avis diagnostique | Pour la RCP Génétique : |
| Décision de traitement | Demande d’étude génétique |
| Autre motif (préciser :ajustement thérapeutique…etc.): Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Surveillance après traitement (RCP de suivi) | Rendu d’étude génétique (RCP d’aval) |

**Question à poser en RCP\* :** 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\* :**  F  M

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

**Premier passage en RCP :**

Oui

Non

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

**HISTOIRE FAMILIALE (si utile)**

**Antécédents familiaux (si utile) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Remplir obligatoirement si RCP génétique :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parent** | **nom** | **prénom** | **Date de naissance JJ/MM/YYYY** | **Phénotype** |
| **Père** | Cliquez. | Cliquez. | Cliquez. | Cliquez. |
| **Mère** | Cliquez. | Cliquez. | Cliquez. | Cliquez. |
| **Fratrie** | Cliquez. | Cliquez. | Cliquez. | Cliquez. |
| **Autres** | Cliquez. | Cliquez. | Cliquez. | Cliquez. |

**Arbre généalogique à joindre si nécessaire.**

**Consanguinité :** Oui Non

|  |  |
| --- | --- |
| **HISTOIRE de la maladie** | |
| **Histoire synthétique de la maladie et traitements mis en œuvre** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**EXAMENS COMPLÉMENTAIRES (AJOUTER la date)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Donner les principaux résultats des examens complémentaires pertinents** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**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 complémentaire :** Cliquez ici pour taper 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.