**

Fiche de renseignement: RCP CRACMO

**PATHOLOGIES RARES DE L’OESOPHAGE**

*« 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 (qui soumet le dossier)\*** | |
| **Médecin référent (qui soumet le dossier)** (Nom, prénom) |  |
| **Médecin responsable du suivi du patient** *(si différent)* (Nom, prénom) |  |
| **Téléphone** |  |
| **E-mail professionnel** |  |
| **Date de la demande** (jj/mm/aaaa) |  |

**Date de la RCP :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Expert(s) souhaité(s) à la RCP :**

ORL pédiatre  Pneumo-pédiatre  Endoscopiste adulte (POEM)  Manométrie

Autre(s) expert(s) : Cliquez ici pour taper du texte.

**Motif de la demande de passage en RCP\* :** Choisissez un élément.

Si autre motif, préciser : Choisissez un élément.

**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. **Age actuel :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Lieu de naissance\* :** Cliquez ici pour taper du texte. **Lieu d’habitation\*** : Cliquez ici pour taper du texte.

**Sexe\* :**  F  M **Premier passage en RCP :** ☐Oui ☐Non

**Si Non, date de la dernière présentation en RCP** : Cliquez ici pour taper du texte.

**histoire de la maladie**

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

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

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

**Histoire de la maladie avec évènements marquants (chirurgie, complications éventuelles) :**

Cliquez ici pour taper du texte.

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

**ProblÈme posÉ actuellement**

**Symptômes récents ou évolution récente de la maladie qui justifie la demande de passage en RCP** *:* Cliquez ici pour taper du texte.

**Examens complémentaires réalisés dans le cadre des nouveaux symptômes :**

TOGD *– Préciser le résultat :* Cliquez ici pour taper du texte.

EOGD *– Préciser le résultat :* Cliquez ici pour taper du texte.

Manométrie œsophagienne *– Préciser le résultat :* Cliquez ici pour taper du texte.

Imagerie thoracique *– Préciser le résultat :* Cliquez ici pour taper du texte.

Pas d’examen complémentaire réalisé

**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.

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