

**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** |  |
| **Téléphone** |  |
| **E-mail** |  |
| Si le dossier est présenté par un autre professionnel : | | |
| ***Médecin qui présentera le dossier ( si différent)*** | **Nom, prénom** |  |
| **Téléphone** |  |
| **E-mail** |  |
| **Date de la demande** | |  |

**Date de la RCP :**

**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 :**

**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.):  Surveillance après traitement (RCP de suivi) | Rendu d’étude génétique (RCP d’aval) |

**Question à poser en RCP\* :**

**Patient** *\*informations obligatoires*

**Nom\* :**

**Prénom\* :**

**Date de naissance\* :**

**Lieu de naissance (Ville, Pays) :**

**Sexe\* :**  F  M

**Diagnostic supposé :**

**Premier passage en RCP :**

Oui

Non

**Si déjà passé en RCP :**  
**Date :**   
**Décision**? **:**

**HISTOIRE FAMILIALE (si utile)**

**Antécédents familiaux (si utile) :**

**Remplir obligatoirement si RCP génétique** :

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

**Arbre généalogique à joindre si nécessaire.**

**Consanguinité :** Oui Non

|  |  |
| --- | --- |
| **HISTOIRE de la maladie** | |
| **Histoire synthétique de la maladie et traitements mis en œuvre** |  |

**EXAMENS COMPLÉMENTAIRES (AJOUTER la date)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Donner les principaux résultats des examens complémentaires pertinents** (\*) |  |
| \* Pour que les personnes présentes lors de la RCP puissent émettre un avis pertinent n’oublier de montrer les images clés du dossier lors de votre présentation. Les examens radiologiques ou histologiques peuvent aussi être relus à votre demande par les médecins de l’hôpital Robert Debré si vous le jugez utile. | |

**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\***:

**Type de proposition\* :**

Application référentiel  Essai thérapeutique (description)

Traitement hors référentiel

**Type de traitement / type d’examen complémentaire :**

**Références bibliographiques/référentiels permettant de documenter l’avis de la RCP :**

**Responsable de la RCP**:

**Participants à la RCP :**