

**Fiche de renseignements RCP**

**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 prescripteur de la RCP, qui présente le patient** (nom, prénom) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Médecin responsable du suivi du patient (si diffèrent)** (Nom, prénom) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Téléphone portable *du médecin qui présentera le dossier*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| ***E-mail Pro.*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date de la demande JJ/mm/YYYY** | Cliquez ici pour taper du texte. |

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

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

|  |
| --- |
| ☐ Clinique (demande d’avis diagnostic / thérapeutique) |
| ☐ génétique (demande d’examen génétique) |

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

**URGENT**

|  |
| --- |
| ☐ Oui |
| ☐ Non |

**Motif de la RCP\* :**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ Avis diagnostique | ☐ Surveillance (RCP de suivi) |
| ☐ Décision de traitement | ☐ Demande d’étude génétique |
| ☐ 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

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

**Premier passage en RCP :** ☐Oui ☐Non

**HISTOIRE FAMILIALE (si utile)**

**Antécédents familiaux (si utile) :** Cliquez ici pour taper du texte.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | Cliquez ici pour taper du texte. |

**EXAMENS COMPLÉMENTAIRES (AJOUTER la date)**

*Biologie :* Cliquez ici pour taper du texte.

*Génétique :* Cliquez ici pour taper du texte.

*Histologie :* Cliquez ici pour taper du texte.

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

**Responsable de la RCP :**