

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

**Date de la RCP :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer 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 ou appuyez ici pour entrer 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 ou appuyez ici pour entrer du texte.. | Rendu d’étude génétique (RCP après l’étude génétique) |

**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 :** 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

**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** |  |  |  |  |
| **Mre** |  |  |  |  |
| **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\* :**

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