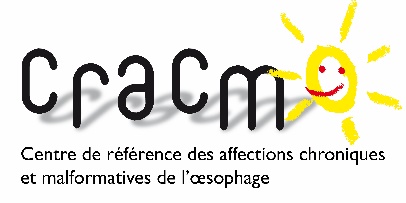
**

**Fiche de renseignements RCP**

**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)\* :**

Nom\* : Cliquez ici pour taper du texte. Prénom\***:** Cliquez ici pour taper du texte.

Adresse email\* : Cliquez ici pour taper du texte. Numéro de téléphone\* : Cliquez ici pour taper du texte.

**Motif de la demande de passage en RCP\* :**

|  |  |
| --- | --- |
| Avis diagnostique | Surveillance après traitement |
| Décision de traitement | Ajustement thérapeutique |
| 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 **Antécédents familiaux :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Premier passage en RCP :** Oui Non

**histoire de la maladie**

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

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

**Informations complémentaires :** Cliquez ici pour taper du texte.

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

**Bilan clinique et EXAMENS COMPLÉMENTAIRES**

*Examens biologiques :* Cliquez ici pour taper du texte.*Histologie :* Cliquez ici pour taper du texte.

*Examens génétiques :* Cliquez ici pour taper du texte.*Chirurgie :* Cliquez ici pour taper du texte.

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

*Traitement(s) antérieur(s) :* Cliquez ici pour taper du texte.

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