  **  ** 

Fiche de renseignement: RCP de gastro-enterologie régionale

**PATHOLOGIES RARES CONCERNANT: *\*****un ou plusieurs choix possibles*

🞏 **CRACMO**, centre de référence des affections chroniques et malformatives de l’oesophage

🞏 **MaRDi**, centre de référence des maladies rares digestives

🞏 **MIVB-H**, centre de référence des maladies inflammatoires des voies biliaires et hépatites auto-immunes

**🞏 AVB-CG,** centre de compétence de l’atrésie des voies biliaires et cholestases génétiques

🞏 **NPAD,** centre agréé de nutrition parentérale à domicile

**🞏 CRCM pédiatrie,** centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose pédiatrique

🞏 Autre

*« 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.

**Médecin traitant**

Nom : Cliquez ici pour entrer du texte. Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte.

Ville : Cliquez ici pour entrer du texte.

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

Si autre motif, préciser : Cliquez ici pour entrer du texte.

**Question posée\* :** 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.

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

**Age au diagnostic :** 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 de la maladie récente***:* Cliquez ici pour taper du texte.

**Résultats des examens complémentaires réalisés dans le cadre des nouveaux symptômes***:*

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.

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