

RCP formulaire de demande d’avis

[x] *« Je déclare avoir recueilli l'accord de mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et l’avoir informé que ses données de santé sont partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique »*

|  |
| --- |
| Médecin prescripteur  |
| **Médecin prescripteur de la RCP** (nom, prénom) |  |
| **Adresse postale *pour envoi du Compte-rendu de RCP* \*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Téléphone portable *du médecin qui présentera le dossier* \*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date de la demande** |  |

**\**tous les champs marqués par \* sont obligatoires*. *Si l’une de ces informations est manquante, le patient ne pourra être inscrit.***

|  |
| --- |
| Patient  |
| **Nom\*** |   | **Date de naissance\***  |
| **Prénom\*** |   | **Sexe\*** | **F**[ ]  **M**[ ]  |
| **Motif de la prise en charge** |   |
| **Antécédents familiaux** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Antécédents personnels** |   |

|  |
| --- |
| Histoire de la Maladie |
| **Histoire de la maladie**(10 lignes max…) |  |
| **Examens cliniques** |   |
| **Examens complémentaires** |  |
| **Diagnostic supposé** |   |

|  |
| --- |
| Prise en charge  |
| **Prise en charge déjà réalisée** |  |
| **Traitement actuel** |   |

|  |
| --- |
| Avis de la RCP |
| **Avis demandé\*** | [ ] **Diagnostique** [ ] **Thérapeutique** [ ] **Autre** |
| **Type de question\*** |   |
| **Question (s) à poser\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Eléments pertinents du contexte** (avis du patient, ressources locales…) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Niveau d’urgence** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Avis de la RCP** |  |

|  |
| --- |
| QUORUM |
|  |