



RCP nationale maladie de Rendu-Osler Formulaire de demande d'avis

Médecin prescripteur de la RCP (Nom, coordonnées)	Cliquez ici pour taper du texte.	Date de la	Cliquez ici pour taper du texte.
Médecin(s) correspondant(s) (Nom, coordonnées)	Cliquez ici pour taper du texte.	demande	Cliquez ici pour taper du texte.

Patient				
Nom de Naissance	Cliquez ici pour taper du texte.	Date et lieu de naissance	taper du texte.	
Nom				
Prénom	Cliquez ici pour taper du texte.	Sexe	F□ M□	
Motif (s) de la prise en charge	Cliquez ici pour taper du texte.			
Antécédents familiaux	Cliquez ici pour taper du texte.			
Antécédents personnels	Cliquez ici pour taper du texte.			

Histoire de la Maladie		
Histoire de la maladie (10 lignes max)	Cliquez ici pour taper du texte.	
Examens cliniques	Cliquez ici pour taper du texte.	
Examens complémentaires	Cliquez ici pour taper du texte.	
Diagnostic supposé	Cliquez ici pour taper du texte.	

Prise en charge		
Prise en charge déjà réalisée	Cliquez ici pour taper du texte.	
Traitement actuel	Cliquez ici pour taper du texte.	

Avis de la RCP				
Avis demandé	□Diagnostique □Thérapeutique □Autre			
Type de question	Choisissez un élément.			
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	Cliquez ici pour taper du texte.			
Références bibliographiques/ référentiels permettant de documenter l'avis de la RCP	Cliquez ici pour taper du texte.			
Proposition d'inclusion dans un essai clinique	□ Oui □ Non			
Responsable de la RCP	Cliquez ici pour taper du texte.	Date de la RCP	Cliquez ici pour taper du texte.	