

RCP CRMVR

Formulaire de demande d'avis

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 seront gérées via un site sécurisé et seront partagées avec d'autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique

MEDECIN PRESCRIPTEUR DE LA RCP

* Nom et prénom du médecin prescripteur	Cliquez ici pour taper du texte.
Nom et prénom du médecin qui suit le patient, si différent	Cliquez ici pour taper du texte.
* Téléphone portable du médecin qui présentera le dossier en RCP	Cliquez ici pour taper du texte.
* Adresse postale ET adresse mail institutionnelle pour envoi du CR	Cliquez ici pour taper du texte.
* Date d'envoi de la demande de RCP	Cliquez ici pour taper du texte.

*Tous les champs marqués par * sont obligatoires. En cas d'information manquante, le patient ne sera pas inscrit en RCP.*

PATIENT

* Nom	Cliquez ici pour taper du texte.	
* Prénom	Cliquez ici pour taper du texte.	
* Date et lieu de naissance	Cliquez ici pour taper du texte.	
* Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Le patient a déjà été présenté en RCP locale	Oui <input type="checkbox"/> <i>Si oui, joindre le compte-rendu</i>	Non <input type="checkbox"/>
* Antécédents familiaux pertinents	Cliquez ici pour taper du texte.	
* Antécédents personnels pertinents	Cliquez ici pour taper du texte.	
* Diagnostic génétique	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui : <ul style="list-style-type: none"> - Date du rendu du test génétique : - Variant pathogène : - Nom de la maladie : - Cas index <input type="checkbox"/> Apparenté <input type="checkbox"/> - Age des premiers symptômes : 	

* HISTOIRE DE LA MALADIE, CLINIQUE, BIOLOGIE ET IMAGERIE

Présentation clinique +photos	Cliquez ici pour taper du texte.
Données de l'Examen clinique pertinentes	Cliquez ici pour taper du texte.
Examens biologiques pertinents	Cliquez ici pour taper du texte.
Imagerie : Joindre les CR utiles à la discussion	Cliquez ici pour taper du texte.
Diagnostic proposé si pas de diagnostic connu	Cliquez ici pour taper du texte.

Antécédents familiaux de maladies auto-immunes	Cliquez ici pour taper du texte.
---	----------------------------------

HISTOIRE DE LA MALADIE

Diagnostic supposé	Choisissez un élément.		Si Autre :Cliquez ici pour taper du texte.	
	Age de début des symptômes	Cliquez ici pour taper du texte.		
	Date de diagnostic	Choisissez un élément.		
Atteintes	initiales	<input type="checkbox"/> Dermatologique (ulcération cutanée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non)		
		<input type="checkbox"/> Musculaire	<input type="checkbox"/> Articulaire	<input type="checkbox"/> PID
		<input type="checkbox"/> Cardiaque	<input type="checkbox"/> Carrefour aéro-digestif	<input type="checkbox"/> Cancer associé
		<input type="checkbox"/> Autre	Préciser :Cliquez ici pour taper du texte.	
	actuelles	<input type="checkbox"/> Dermatologique (ulcération cutanée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non)		
		<input type="checkbox"/> Musculaire	<input type="checkbox"/> Articulaire	<input type="checkbox"/> PID
		<input type="checkbox"/> Cardiaque	<input type="checkbox"/> Carrefour aéro-digestif	<input type="checkbox"/> Cancer associé
Autres <input type="checkbox"/> Cliquez ici pour taper du texte.				

Nombre de rechutes depuis le diagnostic	Cliquez ici pour taper du texte.
Traitements actuels	Cliquez ici pour taper du texte.

* PRISE EN CHARGE MEDICALE ACTUELLE

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

* AVIS DEMANDE A LA RCP CRMVR

Avis demandé	<input type="checkbox"/> Diagnostique <input type="checkbox"/> Thérapeutique <input type="checkbox"/> Autre
Niveau d'urgence	Cliquez ici pour taper du texte.
Type de question	Choisissez un élément.
Question posée	Cliquez ici pour taper du texte.
Spécialités sollicitées	Cliquez ici pour taper du texte.



RCP CRMVR

Réponse des participants

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR ET DU PATIENT

Nom et prénom du médecin prescripteur	Cliquez ici pour taper du texte.
Nom et prénom du patient	Cliquez ici pour taper du texte.
Date de naissance du patient	Cliquez ici pour taper du texte.
Sexe du patient	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de réception de la demande de RCP	Cliquez ici pour taper du texte.

IDENTIFICATION DES PARTICIPANTS DE LA RCP

Nom et prénom des médecins participants	Cliquez ici pour taper du texte.
Spécialités représentées	
Date de la RCP	Cliquez ici pour taper du texte.

QUESTION POSEE ET REPONSE PROPOSEE PAR LES PARTICIPANTS A LA RCP

Question posée par le prescripteur	Cliquez ici pour taper du texte.
Réponse proposée par les participants	Cliquez ici pour taper du texte.