

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

MEDECIN PRESCRIPTEUR	
Médecin prescripteur de la RCP (nom, prénom)	Cliquez ici pour taper du texte.
Médecin responsable du suivi du patient (Nom, prénom)	Cliquez ici pour taper du texte.
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	Cliquez ici pour taper du texte.

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

PATIENT				
Nom de naissance *	Cliquez ici pour taper du texte.	Date de naissance *	Cliquez ici pour taper du texte.	
Nom d'usage	Cliquez ici pour taper du texte.	Lieu de Naissance *	Cliquez ici pour taper du texte.	
Prénom *	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	Cliquez ici pour taper du texte.			
Origine géographique des parents	Père	Cliquez ici pour taper du texte.	Mère	Cliquez ici pour taper du texte.
Consanguinité	Cliquez ici pour taper du texte.			
Antécédents néonataux et personnels	Cliquez ici pour taper du texte.			
Région anatomique et organes de la RCP	Cervico facial <input type="checkbox"/> Tronc <input type="checkbox"/>			

	Membres sup <input type="checkbox"/> Membres inferieurs <input type="checkbox"/>
--	---

HISTOIRE DE LA MALADIE

Diagnostic supposé	Cliquez ici pour taper du texte.	
	Age au début des symptômes	Cliquez ici pour taper du texte.
	Date de diagnostic	Cliquez ici pour taper du texte.
Atteintes	initiales	Cliquez ici pour taper du texte.
	actuelles	Cliquez ici pour taper du texte.
Informations complémentaires (résumer l'histoire de la maladie en 10 lignes max)	Cliquez ici pour taper du texte.	
Imagerie (Radio, Doppler, Cartographie, TDM, IRM, Scanner, etc..) <small>(type, résultats, date, laboratoire) Document accepté, 5Mo max par PJ</small>	Cliquez pour ajouter un document	
Type d'Anomalies vasculaires suspecté	Malformation artério-veineuse: <input type="checkbox"/> Malformation veineuse: <input type="checkbox"/> Malformation veino-lymphatique: <input type="checkbox"/> Syndrome combinée : <input type="checkbox"/> Angiomtase de Rao Weiss: <input type="checkbox"/> Hémangiome intramusculaire <input type="checkbox"/> Hémangioendothéliome: <input type="checkbox"/> Malformation capillaro-veineuse : <input type="checkbox"/> Fibroadipantous vascaular anomaly : <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/>	
Traitements actuels	Cliquez ici pour taper du texte.	

BILAN CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

Evolution cliniques depuis le diagnostic <small>(examen, date et résultat)</small>	Cliquez ici pour taper du texte.
Examens biologiques <small>(marqueurs, valeurs +date) D Dimeres, fibrinogene</small>	Cliquez ici pour taper du texte.

Examens génétiques (gène, résultats +date)	Cliquez ici pour taper du texte.
Biopsies (localisation, résultats, date, laboratoire)	Cliquez ici pour taper du texte.
Imagerie (Radio, Doppler, Cartographie, TDM, IRM, Scanner, etc..) (type, résultats, date, laboratoire) Document accepté, 5Mo max par PJ	Cliquez ici pour taper du texte.
Prise en charge déjà réalisée	Cliquez ici pour taper du texte.

AVIS DE LA RCP	
Avis demandé*	<input type="checkbox"/> Diagnostique <input type="checkbox"/> Thérapeutique <input type="checkbox"/> Autre
Type de question*	Choisissez un élément.
Question (s) à poser*	Cliquez ici pour taper du texte.
Éléments 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	