

RCP 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 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 »

MÉDECIN PRESCRIPEUR	
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 mail des personnes à contacter dans le cadre de la RCP*	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*	Cliquez ici pour taper du texte.	Date de naissance*	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"/>
Consanguinité *	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Le patient a déjà été présenté en RCP locale	Oui <input type="checkbox"/> Si oui, joindre le compte-rendu	Non <input type="checkbox"/>	
Motif de la prise en charge	Cliquez ici pour taper du texte.		
Antécédents personnels	Cliquez ici pour taper du texte.		
FAMILLE			
Antécédents familiaux	Cliquez ici pour taper du texte.		

Nom de la mère	Cliquez ici pour taper du texte.	Prénom de la mère	Cliquez ici pour taper du texte.	Date de naissance de la mère	Cliquez ici pour taper du texte.
Nom du père	Cliquez ici pour taper du texte.	Prénom du père	Cliquez ici pour taper du texte.	Date de naissance du père	Cliquez ici pour taper du texte.
Arbre Généalogique (inclus les variants déjà trouvés chez les différents membres)					

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.

PHOTOS/IMAGERIE

Photos	Ajouter des photos
Imagerie	Ajouter de l'imagerie

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*	<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.
Eléments pertinents du contexte (avis du patient, ressources locales...)	Cliquez ici pour taper du texte.

Niveau d'urgence

Cliquez ici pour taper du texte.



FAI²R -Filière de santé des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires rares

Pour inscrire votre patient, avant 10H le lundi précédent la séance, [téléversez votre fiche depuis notre site](#) en suivant les instructions
En cas de difficultés : virginie.lucas@chru-lille.fr