



## 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 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 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.		

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](mailto:virginie.lucas@chru-lille.fr)

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 (incluant 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.
Éléments pertinents du contexte (avis du patient, ressources locales...)	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 précédant la séance, [téléversez votre fiche depuis notre site](#) en suivant les instructions

En cas de difficultés : [virginie.lucas@chru-lille.fr](mailto:virginie.lucas@chru-lille.fr)

Niveau d'urgence	Cliquez ici pour taper du texte.
------------------	----------------------------------

