 

RCP BRAIN-TEAM

Formulaire de demande d’avis

[ ] *« Je déclare avoir informé le patient du passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et que ces 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 de la RCP*** *(Nom, coordonnées)* | Cliquez ici pour taper du texte. | **Date de la demande** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| ***Médecin responsable du suivi du patient*** *(Nom, coordonnées)* | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Adresse postale *pour envoi du Compte-rendu de RCP*** | Cliquez ici pour taper du texte.***\*information obligatoire afin d’assurer le bon déroulement de la RCP*** |
| **Téléphone portable *du médecin qui participera à la séance*** | Cliquez ici pour taper du texte.***\*information obligatoire afin d’assurer le bon déroulement de la RCP*** |

|  |
| --- |
| **Patient \*informations obligatoires pour identification du patient** |
| **Nom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Date et lieu de naissance\*** |  taper du texte. |
| **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*** |
| **Diagnostic****supposé** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Age de début des symptômes** | Choisissez un élément. |
| **Date de diagnostic** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Atteintes****initiales** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Atteintes** **actuelles** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| ***Bilan Clinique et Biologique*** |
| **Bilan XXX**(dernières valeurs + date) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Bilan XXY**(dernières valeurs + date) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Autres anomalies biologiques**(marqueurs, valeurs +date) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Biopsie** | [ ] musculaire | Date, Localisation, Laboratoire, résultatsCliquez ici pour taper du texte. |
| [ ] Autre  | Date, Localisation, Laboratoire, résultatsCliquez ici pour taper du texte. |
| **EMG** | Localisation :Cliquez ici pour taper du texte. | Date, Résultats : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Imagerie** | [ ] IRM musculaire | Résultats : Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ] TEP-Scanner | Date, Type, résultats,Laboratoire | Cliquez ici pour taper du texte. |
| [ ] Autres imagerie | Type, résultats,Laboratoire | 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. |