

RCP CEDRA_RCP Thérapeutique_Diagnostic

Questionnaire RCP

Date : ____ / ____ / ____

* Champ obligatoire

MEDECIN OU BIOLOGISTE PRECRIPTEUR

Question	Réponse
Nom : <i>Texte court</i>	
Prénom : <i>Texte court</i>	
Lieu d'exercice : <i>Texte court</i>	
Adresse mail : <i>Texte court</i>	

HISTOIRE DE LA MALADIE

Question	Réponse
Age et contexte du diagnostic : <i>Texte libre</i>	
Signes cliniques : <i>Texte court</i>	
IMC : <i>Texte court</i>	
Retentissement cardiovasculaire : <i>Texte court</i>	

GÉNÉTIQUE

Question	Réponse
Test génétique réalisé : <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non

Si oui, Date : <i>Date</i>	
Lieu : <i>Texte court</i>	
Résultat : <i>Texte libre</i>	
Importer un document <i>Fichier joint</i>	<i>Joindre le fichier</i>
<i>InformationalNote</i>	
Gènes du Panel 2 <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Résultat : <i>Texte libre</i>	
Score polygénique calculé <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Valeur : <i>Texte court</i>	
Commentaire <i>Texte court</i>	

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (DE DYSLIPIDÉMIE ET/OU CARDIOVASCULAIRES)

Question	Réponse
Arbre généalogique à présenter si existant <i>Fichier joint</i>	<i>Joindre le fichier</i>
Consanguinité <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si oui, préciser : <i>Texte court</i>	

BIOLOGIE

Question	Réponse
Bilan lipidique lors du diagnostic : <i>Texte libre</i>	
Dernier bilan lipidique : <i>Texte libre</i>	
Dosage de la Lp(a) : <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si oui, valeur : <i>Texte court</i>	

HISTORIQUE DES TRAITEMENTS

Question	Réponse
Dates et posologie <i>Texte court</i>	
MOTIF DE PRÉSENTATION DU DOSSIER EN RCP DE RECOURS <i>Choix multiple</i>	☐ Poursuite d'exploration ☐ Adaptation thérapeutique ☐ Demande de prescription de séquençage du génome entier (dans le cadre de PFMG 2025) ☐ Autre :
Question(s) posée(s) : <i>Texte libre</i>	