

Firendo_AMP

Questionnaire RCP

Date : ____ / ____ / ____

* Champ obligatoire

Médecin

Question	Réponse
Médecin Prescripteur <i>Texte libre</i>	
Médecin correspondant <i>Texte libre</i>	
Date et coordinateur de la séance : <i>Texte libre</i>	

Antécédents

Question	Réponse
Consanguinité <i>Texte libre</i>	
Histoire de la maladie <i>Texte libre</i>	

Avis de la RCP

Question	Réponse
Avis demandé <i>Choix unique</i>	☐ Diagnostique ☐ Thérapeutique ☐ Autre

Avis de la RCP <i>Texte libre</i>	
Références bibliographiques/ référentiels permettant de documenter l'avis de la RCP <i>Texte libre</i>	
Proposition essai clinique <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si oui, lequel? <i>Texte libre</i>	
Accord présentation France Médecine Génomique <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si oui, lequel? <i>Texte libre</i>	
Question(s) posée(s) <i>Texte libre</i>	