

FIRENDO_HypoCare Lyon

Questionnaire RCP

Date : ____ / ____ / ____

* Champ obligatoire

Médecin

Question	Réponse
Médecin traitant/ médecin responsable du suivi du patient <i>Texte court</i>	
Téléphone portable du médecin qui participera à la séance * <i>Texte court</i>	

Histoire de la Maladie

Question	Réponse
Présence résultats anatomopathologie <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si Oui, Pressisez: <i>Texte libre</i>	
Hiistoire de la maladie <i>Texte libre</i>	

Avis de la RCP

Question	Réponse
Question(s) à poser <i>Texte court</i>	
Niveau d'urgence <i>Texte court</i>	
Avis de la RCP <i>Texte court</i>	

Références bibliographiques/ référentiels permettant de documenter l'avis de la RCP <i>Texte libre</i>	
Proposition d'inclusion dans un essai clinique <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si Oui , Précisez <i>Texte libre</i>	
Responsable de la RCP <i>Texte court</i>	
Date de la RCP <i>Date</i>	