

FIRENDO_CRMR Surrénales

Questionnaire RCP

Date : ____ / ____ / ____

* Champ obligatoire

Médecin

Question	Réponse
Médecin requérant la RCP <i>Texte court</i>	
Médecin traitant/ médecin responsable du suivi du patient <i>Texte court</i>	
Date de la demande <i>Date</i>	
Téléphone portable du médecin qui participera à la séance <i>Texte court</i>	

Patient

Question	Réponse
Histoire de la maladie (10 lignes maxi) <i>Texte libre</i>	
Biologie <i>Texte court</i>	
Imagerie <i>Texte court</i>	
Génétique <i>Texte court</i>	
Biopsie <i>Texte court</i>	
Prise en charge déjà réalisée (10 lignes maxi) <i>Texte libre</i>	

Avis de la RCP

Question	Réponse
Avis demandé <i>Choix unique</i>	☐ Diagnostique ☐ Thérapeutique ☐ Autre
Question(s) à poser <i>Texte libre</i>	
Eléments pertinents du contexte (avis du patient, ressources locales...) <i>Texte libre</i>	
Niveau d'urgence <i>Texte libre</i>	
Avis de la RCP <i>Texte libre</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, lequel ? <i>Texte libre</i>	
Responsable de la RCP <i>Texte court</i>	
Date de la RCP <i>Date</i>	