

FIRENDO_TRH

Questionnaire RCP

Date : ____ / ____ / ____

* Champ obligatoire

Médecin responsable du suivi du patient

Question	Réponse
Nom : <i>Texte court</i>	
Prénom : <i>Texte court</i>	
Coordonnées : <i>Texte court</i>	
Mail : <i>Texte court</i>	
Téléphone : <i>Texte court</i>	

Identification du patient pour la e-RCP-TRH du

Question	Réponse
Consanguinité : <i>Choix unique</i>	☐ N ☐ O
Présentation : <i>Choix unique</i>	☐ Première ☐ Suivi
Avis demandé : <i>Choix unique</i>	☐ Diagnostic ☐ Thérapeutique ☐ Suivi ☐ Autre
Si Autre , à préciser <i>Texte court</i>	
Antécédents personnels et familiaux <i>Texte libre</i>	

Présentation du dossier patient

Question	Réponse
Poids de naissance (en g) <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Taille de naissance (en cm) <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Périmètre crânien (en cm) <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
APGAR : <i>Texte court</i>	_____
Terme de naissance (SA) <i>Texte court</i>	_____
Penser à : croissance staturo-pondérale, statut thyroïdien clinique, statut thyroïdien hormonale, échographie et scintigraphie thyroïdiennes, évaluations hypophysaire, cardiologique, osseuse, génétique.... <i>Texte libre</i>	_____
Question(s) posée(s) : <i>Texte libre</i>	_____

Recommandations de la e-RCP-TRH du :

Question	Réponse
Recommandations de la RCP <i>Texte libre</i>	_____
Références bibliographiques ou référentiels concernant les recommandations <i>Texte libre</i>	_____
Demande de représentation <i>Choix unique</i>	☐ N ☐ O
Essai clinique proposé <i>Choix unique</i>	☐ N ☐ O
Responsable de la RCP <i>Texte court</i>	_____

Date de la RCP

Date
