 **RCP anomalies de développement pulmonaire**

**du** Entrer une date.

*« Je déclare avoir recueilli le consentement de mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et l’avoir informé que ses données de santé sont gérées via un site sécurisé et sont partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique ».*

Présents lors de la RCP :

# Médecin prescripteur

Médecin prescripteur de la RCP\* (Nom, Prénom) :Taper du texte.

Médecin référent hospitalier si différent (Nom, Prénom) :Taper du texte.

Médecin référent de ville (Nom, Prénom) :Taper du texte.

Date de la demande : Entrer une date.

# Patient

NOM\* : Taper du texte.

Prénom\* : Taper du texte.

Date de Naissance\* (JJ/MM/AAAA) : Entrer une date.

Sexe : F  M

Pathologie concernée : Taper du texte. *(grand champs pour saisir le texte)*

Ante-Natal  Post-Natal

# Antécédents

Taper du texte. *(grand champs pour saisir le texte)*

# Histoire de la maladie

Taper du texte. *(grand champs pour saisir le texte)*

# Bilan réalisé

Taper du texte. *(grand champs pour saisir le texte)*

# Demande d’avis de la RCP

Avis demandé\* :  Diagnostique  Thérapeutique  Autre : Taper du texte.

Question posée : *(grand champs pour saisir le texte)*

**Conclusion de la RCP** : *(grand champs pour saisir le texte)*

Conduite à tenir : *(grand champs pour saisir le texte)*

Proposition d’inclusion dans un essai clinique : oui  non

Le quel *(grand champs pour saisir le texte)*