



Angioedèmes à kinines

“ Je déclare avoir informé mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Ses données de santé sont sous la responsabilité du centre de référence concerné et sont susceptibles d'être réutilisées dans le cadre de la recherche. Elles pourront être partagées avec d'autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique. Le patient a bien été informé de son droit d'accès, d'opposition, de rectification et d'effacement de ces données.”

MÉDECIN RÉFÉRENT	NOM : TÉL : EMAIL :	DATE DE LA DEMANDE	__ / __ / ____ 1 ^{er} avis N° ____
STATUT	Généraliste ville	Spécialiste ville	Médecin hospitalier
NOM DE L'HÔPITAL-VILLE		NOM DU SERVICE	
TYPE DE RECOURS	Téléphone	Email	Consultation

Patient

NOM D'USAGE		PRÉNOM	
SEXE F M	DATE DE NAISSANCE : __ / __ / ____ AGE DU PATIENT : __ ans __ mois	SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE :	Oui Non
PAYS DE NAISSANCE		LIEU DE NAISSANCE	
PAYS DE RÉSIDENCE		COMMUNE DE RÉSIDENCE	

Diagnostic

DATE DU DIAGNOSTIC : __ / __ / ____	En cours Probable Confirmé Indéterminé
DIAGNOSTIC	Angioedème héréditaire avec déficit en C1INH Angioedème héréditaire avec C1INH normal Angioedème avec déficit acquis en C1INH

RÉSUMÉ D'OBSERVATION	
-----------------------------	--

Essai clinique

PATIENT INCLUS DANS UN PROTOCOLE	Oui Si oui : Non
---	---------------------

Avis de la RCP

AVIS DEMANDÉ	Diagnostique Thérapeutique Autre
QUESTION POSÉE	
AVIS DE LA RCP	
PROPOSITION D'INCLUSION DANS UN ESSAI CLINIQUE	Oui Si oui précisez : Non
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES/ RÉFÉRENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L'AVIS DE LA RCP	
MÉDECINS PARTICIPANTS	
RESPONSABLE DE LA RCP	DATE DE LA RCP __ / __ / ____