

Microangiopathie thrombotique

“ 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	

Histoire de la maladie

DATE DU DIAGNOSTIC __ / __ / ____	<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/> Indéterminé
DIAGNOSTIC	<input type="checkbox"/> PTT <input type="checkbox"/> SHU <input type="checkbox"/> Autre MAT Si autre diagnostic : _____

Contexte

Estimation de la durée (temps de réponse)

Avis de la RCP

AVIS DEMANDÉ	<input type="checkbox"/> Diagnostique <input type="checkbox"/> Thérapeutique <input type="checkbox"/> Autre	
QUESTION POSÉE		
AVIS DE LA RCP		
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES/ RÉFÉRENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L'AVIS DE LA RCP		
RESPONSABLE DE LA RCP	DATE DE LA RCP	__ / __ / ____