

RCP Diagnostique Globule rouge

Cette RCP peut être sollicitée :

**⇨** soit pour résoudre un cas d'errance diagnostique dans une pathologie supposée du globule rouge. Dans ce cas, merci de **renseigner la partie demandeur + la partie 1**

**⇨** soit pour un problème technique (limites d'une méthode, accréditation, etc.) en lien avec le diagnostic des pathologies du globule rouge. Dans ce cas, merci de **renseigner la partie demandeur + la partie 2**

*\*Tous les champs marqués par \* sont obligatoires. Si l’une de ces informations est manquante, le patient ne pourra pas être inscrit.*

|  |
| --- |
| **Clinicien ou biologiste demandeur**  |
| **Nom, prénom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Adresse\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **E-mail\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Téléphone\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Téléphone portable *du médecin qui présentera le dossier* \*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date de la demande\*** | Cliquez ici pour entrer une date. |

*1 - Résolution d'un cas d'errance diagnostique sur une pathologie présumée du Globule Rouge*

[ ]  « Je déclare avoir informé mon patient pour 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 ».

***Cette fiche RCP doit obligatoirement être accompagnée de tous les documents médicaux et paramédicaux nécessaires pour la prise de décision.***

|  |
| --- |
| **Patient**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de naissance\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Nom usuel** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **1er Prénom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Sexe\*** | **F**[ ]  **M**[ ]  |
| **Date de naissance\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Lieu de naissance\*** | Si né en France : **ville/CP** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Si né à l’étranger : **pays** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Information non disponible | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Origine géographique des parents** | **Père** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Mère** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Consanguinité** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Histoire familiale** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Contexte de la RCP** |
| **Résumé de l’histoire de la maladie** (10 lignes max) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Examens phénotypiques et génotypiques réalisés pour le propositus*****(indiquez les résultats et le laboratoire exécuteur)*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Examens phénotypiques et génotypiques réalisés pour les apparentés*****(indiquez les résultats et le laboratoire exécuteur)*** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Avis de la RCP** |
| **Question(s) posée(s)\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Examens complémentaires à réaliser** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Conclusion de la RCP\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Commentaires divers** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Responsable de la RCP\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Date de la RCP\*** | Cliquez ici pour entrer une date. |

*2 – Demande d'avis sur une question ou un problème technique relatif au diagnostic des pathologies du globule rouge*

|  |
| --- |
| **Question** |
| **Décrire le plus précisément possible le problème technique à résoudre *(joindre graphes ou photos le cas échéant)*\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Avis de la RCP** |
| **Avis de la RCP\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Responsable de la RCP\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Date de la RCP\*** | Cliquez ici pour entrer une date. |

***Contact RCP et envoi des dossiers : Dr Philippe Joly – E-mail :*** ***philippe.joly@chu-lyon.fr*** ***– Tél. 04 27 85 65 95***