|  |  |
| --- | --- |
|  | **Date de la RCP :** **Médecins présents :**  |

**FICHE À ADRESSER UNE SEMAINE AVANT LA REUNION à florence.poizeau@chu-rennes.fr et camille.isnard@aphp.fr**

|  |  |
| --- | --- |
| Motif(s) de présentation  |  |
| Avis diagnostique  |  |
| Avis thérapeutique (≥2e ligne)  |  |
| Cas démonstratif ou pédagogique  |  |
| Centre / ville  |  |
| Présenté par  |  |
| NOM de la patiente  |  |
| PRÉNOM de la patiente  |  |
| Date de naissance  |  |
| Médecins correspondants pour l’envoi du compte-rendu de la RCP |  |
| Histoire de la maladie et principaux résultats d’examen (dont histologie) |  |
| Photos OUI/NON +++ (à joindre en amont par PDF) |  |
| Question posée à la RCP  |  |
| Propositions diagnostiques de la RCP  |  |
| Propositions thérapeutiques de la RCP  |  |

**La patiente a donné son accord pour que son dossier soit discuté : OUI □ NON □**