|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 □**