**MICROANGIOPATHIES THROMBOTIQUES**

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 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.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDECIN REFERENT** | Nom : Cliquez ici pour taper du texte.  Tél. :Cliquez ici pour taper du texte.  Email :Cliquez ici pour taper du texte. | | **DATE DE LA DEMANDE** | Cliquez ici pour entrer une date.  1er avis N°Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **STATUT** | Généraliste ville | Spécialiste ville | | | Médecin hospitalier |
| **NOM DE L’HOPITAL-**  **SERVICE** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **VILLE** | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **TYPE DE RECOURS** | Téléphone | Email | | | Consultation |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patient** | | | | |
| **NOM D’USAGE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **PRENOM** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **DATE DE NAISSANCE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **SEXE** | F M |
| **AGE DU PATIENT** | Cliquez ici pour taper du texte. ans mois | **SECURITE SOCIALE FRANÇAISE** | Oui Non |
| **LIEU DE NAISSANCE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **COMMUNE DE RESIDENCE** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **PAYS DE NAISSANCE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **PAYS DE RESIDENCE** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Histoire de la maladie** | | | | |
| **DATE DU DIAGNOSTIC** | Cliquez ici pour taper du texte. | **STATUT** | Indéterminé  Probable | En cours  Confirmé |
| **DIAGNOSTIC** | PTT SHU Autre MAT, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |

|  |
| --- |
| **Contexte** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **AVIS DEMANDE** | |
| **AVIS DEMANDE** | Diagnostic Thérapeutique Autre |
| **QUESTION POSEE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AVIS DE LA RCP** | | | |
| **COMMENTAIRES DE LA RCP** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES REFERENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L’AVIS DE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **PARTICIPANTS** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **RESPONSABLE DE LA RCP** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **DATE DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. |

**CNR MAT - Centre de référence des microangiopathies thrombotiques**

**Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH**

Tél. : 01.49.28.34.39 – Fax. : 01.49.28.33.75 – Email : [paul.coppo@aphp.fr](mailto:paul.coppo@aphp.fr); [raida.bouzid-saadaoui@aphp.fr](mailto:raida.bouzid-saadaoui@aphp.fr)

En cas d’urgence : Tél. 01.49.28.34.39 ou 01.71.97.00.82

[www.cnr-mat.fr](http://www.cnr-mat.fr)

Version du 10 mars 2025