**ANGIOEDEMES A KININES**

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. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnostic** | | | | |
| **DATE DU DIAGNOSTIC** | Cliquez ici pour taper du texte. | **STATUT** | Indéterminé  Probable | En cours  Confirmé |
| **DIAGNOSTIC** | Angioedème héréditaire avec déficit en C1INH  Angioedème hérédiaire avec C1INH normal  Angioedème avec déficit acquis en C1INH | | | |

|  |
| --- |
| **Résumé d’observation** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Essai clinique** | |
| **PATIENT INCLUS DANS UN PROTOCOLE** | Oui Non  Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Avis de la RCP** | | | |
| **AVIS DEMANDE** | Diagnostic Thérapeutique Autre | | |
| **QUESTION POSEE** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **AVIS DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **PROPOSITION D’INCLUSION DANS UN ESSAI CLINIQUE** | Oui Non  Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES REFERENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L’AVIS DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **MEDECINS PARTICIPANTS** |  | | |
| **RESPONSABLE DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | **DATE DE LA RCP** | Cliquez ici pour entrer une date. |

**Centre de référence des angioedèmes à kinines**

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

Tél. : 04.76.76.76.40 – Fax. : 04.76.76.58.16 – Email : [AMCarrillo@chu-grenoble.fr](mailto:AMCarrillo@chu-grenoble.fr)

[www.angioedemexpert.com](http://www.angioedemexpert.com)

Version du 19 mars 2019