

DONNÉES ADMINISTRATIVES

*Coller ici l'étiquette avec le
Numéro Identification Patient dans
l'hôpital (IPP/NIP)

*Coller ici l'étiquette avec les
coordonnées du patient

ACTIVITÉ

*DATE DE L'ACTIVITÉ :

___/___/___

*PRATICIEN(S)/INTERVENANT(S) :

*CONTEXTE :

- Consultation
- Consultation pluridisciplinaire
- HDJ
- Hospitalisation traditionnelle
- Avis sur dossier en consultation
- Avis personnel d'expertise (*avec un professionnel, mail / téléphone*)
de : <15min <30 min 30 min et +
- RCP (*staff*)
- Avis en salle (*dans un autre service*)
- Téléconsultation (*patient par visio/mail/téléphone*)
- Autre : _____

*OBJECTIF(S) : *Cocher 1 ou plusieurs cases*

- Diagnostic
- Mise en place de la prise en charge
- Suivi
- Consultation de transition enfant/adulte
- Diagnostic prénatal
- Prise en charge en urgence
- Acte médical et/ou chirurgical
- Protocole de recherche
- Éducation thérapeutique

À REMPLIR SEULEMENT SI RÉVISION DU DIAGNOSTIC

*AGE AUX 1^{ERS} SIGNES :

- Anténatal
- A la naissance
- Postnatal : _____
- Non déterminé

*AGE AU DIAGNOSTIC :

- Anténatal
- A la naissance
- Postnatal : _____
- Postmortem
- Non déterminé

*DIAGNOSTIC A L'ENTRÉE DU CENTRE :

- Absent
- Non approprié
- Approprié

*STATUT ACTUEL :

- En cours
- Probable
- Confirmé
- Indéterminé

CAS : Sporadique Familial

Si cas familial déjà pris en charge par le Centre, indiquer le nom du patient : _____

*TYPES D'INVESTIGATION(S) RÉALISÉE(S) : *Cocher 1 ou plusieurs cases*

- Génétique
- Clinique
- Imagerie
- Autre : _____

ANOMALIE CHROMOSOMIQUE/GÉNÉTIQUE :

DESCRIPTION CLINIQUE : (numéro HPO) cf : thésaurus

Signes typiques d'intérêt :

Signes atypiques :

DIAGNOSTIC (Numéro Orphanet)