|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Demande de RCP**  **PaRaDis**  **Centre de référence maladies rares du pancréas**  **Demande à adresser :** [**centre.paradis@aphp.fr**](mailto:centre.paradis@aphp.fr)  **Imagerie à adresser par courrier (CD-Rom) ou via ORTIF** | | **Date de la demande :** |
| **Coordonnées du médecin demandeur :**  - Centre :  - Adresse :  - E-mail : - Téléphone : | | |
| **NOM du patient :** | **Prénom du Patient :** | **Date de naissance :** |
| **Identifiant dans le centre :** | **Nom médecin référent (demandeur avis RCP) :** | |
| **Résumé de l’histoire clinique :** | | |
| **Imagerie disponible réalisée** (Imagerie à adresser par courrier (CD-Rom) ou via ORTIF) : | | |
| **Questions posées à la RCP :**  1)  2)  3) | | |
| **Présents RCP :**  **Conclusion de la RCP:**  **Proposition de la RCP :**  Date :  Signature : | | |