|  |  |
| --- | --- |
| **Demande de RCP****PaRaDis****Centre de référence maladies rares du pancréas****Demande à adresser :** **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 : |