|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 :  JJ/MM/AAAA |
| Coordonnées du médecin demandeur :  - Centre  - Adresse  - E-mail  - Téléphone | | |
| NOM du patient | Prénom du Patient | Date de naissance |
| Identifiant dans le centre | Centre | |
| Résumé de l’histoire clinique | | |
| Imagerie disponible réalisée  (Imagerie à adresser par courrier (CD-Rom) ou via ORTIF) | | |
| Questions posées à la RCP | | |