

Date de la RCP : / ___ / ___ / ___ /

INFORMATION PATIENT PAR LE MÉDECIN DEMANDEUR

Je soussigné Dr déclare avoir informé M/Mme/Melle de la présentation de son dossier en RCP, de l'informatisation et du partage de ses données personnelles sur le serveur d'un hébergeur de données de santé agréé et atteste que le (la) patient(e) ne s'y oppose pas.

Merci de remplir la présente fiche de demande et de la renvoyer au secrétariat au moins 24h avant la date de la réunion concernée par messagerie (rnp.criogo@chu-tours.fr) accompagnée de radiographies.

PATIENT

Nom d'usage : Nom de naissance : Prénom :
 Adresse : Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /
 DDN : / ___ / ___ / ___ / Homme Femme
 Département de domiciliation : / ___ / Age : / ___ / Poids (kg) : Taille (cm) :

DEMANDE D'AVIS

Nom du demandeur : Service demandeur : Tel : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /
 Autres correspondants : Email :

Question posée :

Diagnostic de l'infection : Site :

ANTÉCÉDENTS ET DONNÉES CLINIQUES :

- Diabète Obésité Cachexie Néoplasie Polyarthrite rhumatoïde Immunosuppression
 Insuffisance(s) Allergies antibiotiques :
 Autre :
 Score ASA : CRP:mg/L Créatinémie :µmol/L

Chirurgie(s)	Initiale : / ___ / ___ / ___ /	Reprise 1 : / ___ / ___ / ___ /	Reprise 2 : / ___ / ___ / ___ /
Type			
Site et côté D ou G			
Si urgence trauma ouvert/fermé			
Complication(s)			

