**Date de la RCP :** Cliquez ici pour entrer une date.

**RCP054 Syndromes myéloprolifératifs**

**Responsable : Dr Clémence MEDIAVILLA**

Lundi à14h15 - Groupe Hospitalier Sud

**Demande inscription uniquement par mél au :**

[3c-sud@chu-bordeaux.mssante.fr](mailto:3c-sud@chu-bordeaux.mssante.fr) (05.57.65.63.54)

Clôture des inscriptions le vendredi à 12h



**Eléments nécessaires pour inscription :**

* **Fiche RCP complétée informatiquement à envoyer sous Format Word à** [**3c-sud@chu-bordeaux.mssante.fr**](mailto:3c-sud@chu-bordeaux.mssante.fr)
* **Pièce d’identité du patient**
* **A joindre:**

|  |  |
| --- | --- |
| **NFS (la dernière en date)**  **LDH**  **DOSAGE EPO** | **JAK2, CALR, MPL**  **BCR-ABL**  **BOM** |

**Médecin demandeur**

**Nom du médecin demandeur d’avis en RCP :**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Structure de rattachement HORS CHU :**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Commune si cabinet privé :**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Patient**

**NOM marital :** Cliquez ici pour taper du texte.

**NOM de naissance :** Cliquez ici pour taper du texte.

**PRENOM(S) :** Cliquez ici pour taper du texte.

**DATE DE NAISSANCE :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Masculin  Féminin**

**VILLE DE NAISSANCE :** Cliquez ici pour taper du texte.

* **Pour les patients non connus du CHU : adresse complète**

Cliquez ici pour taper du texte.

**NOM du médecin traitant :**

Cliquez ici pour taper du texte.

**1ère présentation en RCP  Dossier déjà discuté en RCP le :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Type de problème :** Diagnostique Diagnostique et thérapeutique Thérapeutique

**ATCD personnels :**

**Antécédents thrombotiques :**  Oui Non, **Si oui, lesquels** : **Cliquez ici pour entrer du texte.**

**Antécédents hémorragiques :** Oui Non ; **Si oui, lesquels** : **Cliquez ici pour entrer du texte.**

**Synthèse de l’histoire de la maladie ou éléments nouveaux depuis la dernière présentation :**

**Question posée au comité :**