***Rapport de la consultation multidisciplinaire (CM) pour***

***les affections complexes de l’œsophage/du pancréas***

***Identification du patient***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom & prénom** |  |
| **Date de naissance** | ..…./..…./ ….…... |
| **Code postal - lieu de résidence :** |  |
| **NISS** |  |
| **Sexe** |  Femme Homme |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom & prénom** |  |
| **Date de naissance** | ..…./..…./ ….…... |
| **Code postal - lieu de résidence :** |  |
| **NISS** |  |
| **Sexe** |  Femme Homme |

***Configuration CM :***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Médecin demandeur****(nom + numéro INAMI)** |  |  |
| **Établissement demandeur** |  |  = Centre de référence = Établissement référent |
| **Date demande CM** | ..…./..…./20…... |  |
| **Date CM** | ..…./..…./20…... |  |
| **Date précédente COM**  | ..…./..…./20…... |  = Centre de référence = Établissement référent |
| **Médecins participants, actifs dans un centre de référence****(nom + numéro INAMI)** | -------- |  |
| **Médecin référent participant de l’établissement de soins périphérique** **(nom + numéro INAMI)** | - |  |
| **Médecin participant** **(nom + numéro INAMI)** | - |  |
| **Rapporteur****(nom + numéro INAMI)** | - |  |

***Contenu CM:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Problématique initiale** |  |
| **ATCD médicaux + données médicales disponibles** |  |
| **Diagnostic posé, avec détermination du stade** |  |
| **Plan de traitement**  |  |
| **Chirurgie :** |  oui nonSi non :- contre-indications éventuelles :- proposition de thérapie – motivation - conclusion |
| **Points d’attention psychosociaux** |  |
| **Accords concrets** |  |