**RCP pathologies fonctionnelles**

**Date de la RCP :**

**Médecins présents :**

**Identité du patient**

**Nom** (2 premières lettres)**:**

**Date de naissance :**

**Médecin(s) référent(s) (Ville):**

**Prénom** (2 premières lettres) **:**

**Tracé ou Imagerie à voir** [ ]  **oui** [ ] **non**

**Histoire de la maladie**

**Synthèse RCP**

**Problème posé :**

**Diagnostic retenu et/ ou complément d’investigations :**

**Traitement proposé :**