

Registre de cas



Nom du candidat (prénom(s) et nom de famille): _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa): _____

Type clinique (4^e colonne)

1. Risque reproductif
2. Dépistage prénatal
3. Pédiatrie
4. Adulte
5. Cancer

Codes des fonctions (Colonnes A à J)

- | | |
|------------------------------|--|
| A – Préparation de cas | F – Risques de transmission héréditaire |
| B – Antécédents médicaux | G – Discussion des options/Résultats de test |
| C – Généalogie | H – Consultation/Soutien psychosocial |
| D – Évaluation du risque | I – Identification des ressources |
| E – Évaluation psychosociale | J – Suivi |

N° Entrée	Date (JJ/MM/AAAA)	N° Cas	Type Clin.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Raison de consultation
Ex #1	22/01/2018	04765	2	X	X	X	X	X		X			X	KPC, Intestins échogènes

J'ai révisé cette page du registre et je certifie que le candidat a rempli les fonctions indiquées ci-dessus dans chaque cas.

Nom du superviseur (prénom(s) et nom de famille)
(au moment de l'accréditation)

Signature du superviseur

Date (JJ-MM-AAAA)

Accréditation du superviseur
(au moment de la supervision)



Registre de cas

Nom du candidat (prénom(s) et nom de famille): _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa): _____

N° Entrée	Date (JJ/MM/AAAA)	N° Cas	Type Clin.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Raison de consultation
Ex #1	22/01/2018	04765	2	X	X	X	X	X		X			X	KPC, Intestins échogènes

J'ai révisé cette page du registre et je certifie que le candidat a rempli les fonctions indiquées ci-dessus dans chaque cas.

Nom du superviseur (prénom(s) et nom de famille)
(au moment de l'accréditation)

Signature du superviseur

Date (JJ-MM-AAAA)

Accréditation du superviseur
(au moment de la supervision)