

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

Type de rendez-vous (5^e colonne)

- P - Présentiel
- T - Téléphonique
- V - Vidéoconférence

Codes des fonctions (Colonnes A à J)

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

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

Je confirme avoir lu les instructions du registre de cas et avoir révisé cette page de registre. J'ai été directement impliqué dans la supervision de ce candidat et je peux confirmer qu'il a réalisé les rôles indiqués pour chacun des 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.	Type R.-V.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Raison de consultation
Ex #1	22/01/2018	04765	2	P	X	X	X	X	X		X			X	KPC, Intestins échogènes

Je confirme avoir lu les instructions du registre de cas et avoir révisé cette page de registre. J'ai été directement impliqué dans la supervision de ce candidat et je peux confirmer qu'il a réalisé les rôles indiqués pour chacun des 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)