

1	Numéro Unique du Patient (NUP - 7 chiffres).....	_____	nup
2	Date de la visite	__/__/____	d_fin
3	Date à laquelle le patient a été adressé à un neurologue ?	__/__/____ <input type="checkbox"/> Patient ayant vu un neurologue de sa propre initiative depuis la dernière consultation au CTH*	da_neuro
4	Visite chez le neurologue pour les symptômes ayant initié la surveillance est-elle réalisée ? <i>NB : Si aggravation/multiplication des symptômes initiaux, contacter un ARC ou le CC du Réseau FranceCoag</i>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> ND	visite_neuro
	Si non , pour quelle raison, la visite n'a-t-elle pas été effectuée ?	<input type="radio"/> Refus du patient <input type="radio"/> Difficulté à obtenir un rendez-vous <input type="radio"/> Régression/explication des symptômes <input type="radio"/> Autre (à préciser) <input type="radio"/> ND	cause_nonvisite ca
	Si oui , date d'envoi du courrier au RNS-MCJ ?	__/__/____	d_cour_ms

* Si le patient a vu un neurologue de sa propre initiative, indiquer en commentaire la date approximative de la visite