***RCP ENDOMETRIOSE DU :***

**QUORUM**

Radiologues :

Gynécologue :

PMA :

Urologues :

Chirurgien viscéral :

Psychologue :

**Nom JF** : **Nom d’épouse**:

**Prénom**:

**IPP :**

**Age :**   **Date de Naissance** :

**NOM DU MEDECIN REFERENT** :

**NOM DU MEDECIN PRESENTANT LE DOSSIER :**

***MOTIF DE LA RCP :***

***CONTEXTE***

Taille :

Poids :

Profession :

**Antécédents**:

- Gestité : Parité :

- Médicaux :

- Chirurgicaux :

- Chirurgie pour Endométriose :

- Parcours en AMP :

**Symptomatologie**:

**Autres symptômes :**

**Examen clinique :**

**Traitement actuel** :

**Bilans complémentaires :**

***Biologie*** :

***Echographie pelvienne*** :

***IRM pelvienne*** :

***Echographie rénale*** :

***RELECTURE DE L’IMAGERIE EN RCP*:**

***PROPOSITION THERAPEUTIQUE DE LA RCP*:**