**Médecins présents à la RCP :**

1. **LE PATIENT -** *administratif*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | Prénom :  |  | Sexe : |  |
| Date naissance : |  | DN : |  |
| Ville et Lieu de résidence : |  | Tél. : |  |
| Médecin Référent : |  | Mail : |  |
| Tél. *pour être joint si besoin pendant la RCP :*  |
| Médecin Traitant : |  | Mail : |  |
| Autres correspondants : |  |

1. **LA TUMEUR**

**Date du diagnostic :** **Localisation initiale :**

**Mélanome** : [ ]  Breslow : mm    Présence d’ulcération histologique : Oui [ ]    Non [ ]

Métastatique au diagnostic : Oui [ ]  Non [ ]

**Épidermoïde** : [ ]  Présence d’ulcération histologique : Oui [ ]    Non [ ]  Caractère récidivant : Oui [ ]  Non[ ]

**Basocellulaire** [ ]

**Autre tumeur cutanée :**

***Si tumeur métastatique*, site des localisation(s) secondaire(s) :**

***Si mélanome,* statut BRAF demandé :** Oui [ ]    Non [ ]

Si statut connu : BRAF positif [ ]    BRAF Négatif [ ]

**Bilan d'extension réalisé :**Oui [ ]    Non [ ]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Type d’imagerie : |  | Date : |  | Code d’accès : |  |
| Type d’imagerie : |  | Date : |  | Code d’accès : |  |

Résultats :

-

**Avis chirurgical requis** : Oui [ ]    Non [ ]  **Si oui : JOINDRE à la demande les photos cliniques**

1. **LE PATIENT**

**ATCD principaux et Comorbidités** :

-

-

-

**Mode de vie**(lieu de vie, travail, autonomie) :

**Traitement immunosuppresseur** :  Oui [ ]    Non [ ]      DCI :

**Si chirurgie envisagée** : Anticoagulant / Antiagrégant : Oui [ ]   Non [ ]      DCI :

1. **QUESTIONS POSEES A LA RCP / PROPOSITION THERAPEUTIQUE :**

Demande d’Evasan : [ ]  OUI [ ]  NON
Si oui, préciser date : ………………………………………….

Dossier complet [ ]  OUI [ ]  NON (si non commentaires / pièces manquantes)

***Compte(s) rendu(s) des RCP précédentes :***

1. **AVIS DE LA RCP :**

**Médecins présents à la RCP** **:**