**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** **:**