**Médecins présents à la RCP :**

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

Consentement : : OUI  NON

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

1. **MOTIF DE LA RCP**

enregistrement  avis diagnostique  décision de traitement  autres :

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

1. **ETAT GENERAL DU PATIENT**

**PERFORMANCE STATUS OMS** :

**Siège de la tumeur primitive : PROSTATE**

Découverte :  manifestations cliniques,  dépistage individuel,  dépistage organisé,  non précisé

**ANTECEDENTS Principaux :**

-

**-**

**-**

**BILAN INITIAL** :

-

**Troubles mictionnels :**

**PSA initial : TR :**

**Date de la biopsie** : **Type histologique** :

**Score de Gleason** : **Nombre de biopsie positive/nombre de biopsie :**

**ISUP :**

**Classification TNM** :

**Bilan d’extension initial :**

**EVOLUTION** :

-

1. **QUESTION POSEE :**

**-**

**-**

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

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

1. **AVIS DE LA RCP :**

-

**Application d’un référentiel**:  non  oui > nom du référentiel :

**Médecin en charge du suivi** : **Signature du Médecin** :