**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** :