***Médecins présents à la RCP :***

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

Consentement : :  OUI :  NON

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. **ETAT GENERAL DU PATIENT**

**ATCD principaux (personnels carcinologiques & familiaux carcinologiques) et comorbidités** :

-

-

-

**Patiente ménopausée** : Oui    Non  Ne sait pas    Non renseigné

**Patient ancien travailleur de Moruroa ou exposé aux retombées nucléaires :** Oui    Non

**Accord du patient pour la transmission de ses coordonnées au Centre Médical de Suivi (CMS) (Nom, Prénom, Date de naissance et n° de téléphone) :** Oui    Non

**Cs d’annonce Gynéco effectuée** : Oui  /  Non

**Poids** : **Taille** :

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

**Capacité de vie OMS :**  0  1  2  3  4  NSP Date de l’OMS :

|  |  |
| --- | --- |
| *0 : Activité extérieure normale sans restriction*  *1 : Réduction des efforts physiques intenses*  *2 : Doit parfois s’aliter mais moins de 50% de la journée* | *3 : Doit être alité plus de 50 % de la journée*   1. *: Incapacité totale, alitement fréquent ou constant* |

**Histoire de la maladie :**

-

-

**Imageries initiales (*Préciser date, type et lieu où ont été réalisées les imageries) :***

**-**

**Biopsies :**

**-**

**Bilan d’extension (*Préciser date, type et lieu où ont été réalisées les imageries) :***

**-**

**Evolution :**

**-**

1. **PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

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

*Avis de la RCP du*

**Question à poser pour la RCP :**

**Dossier complet :** OUI  NON (si non commentaires) :

**Commentaires :**

Relecture des images nécessaire :  OUI  NON

Si oui, merci d’envoyer votre dossier d’inscription 48h avant la RCP

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