***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 : ………………………………………….