**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 :

**Cs d’annonce URO effectuée** : Oui [ ]    Non [ ]

1. **ETAT GENERAL DU PATIENT**

**PERFORMANCE STATUS OMS** :

**Poids :……….. Taille : ……….**

**Siège de la tumeur primitive :**

**Côté :** [ ]  droit [ ]  gauche [ ]  bilatéral [ ]  non applicable

**Mode de découverte :** [ ]  manifestations cliniques [ ]  dépistage individuel [ ]  dépistage organisé [ ]  non précisé

**ANTECEDENTS Principaux :**

-

-

-

**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 [ ]

**BILAN INITIAL :**

**Marqueurs tumoraux :**

**-**

**-**

**Bilan d’extension / imagerie : Joindre à la fiche RCP les CR d’imagerie + code d’accès.**

[ ]  OUI [ ]  NON

**Scanner** : Date/Code pour accès à distance :

**IRM** : Date/Code pour accès à distance :

**TEP** : Date :

**ANAMNESE** :

-

**-**

**HISTOLOGIE** :

**Date de la biopsie** : **Grade** :

**Classification TNM** : **N+/N prélevés** :

**Stade :**

1. **QUESTION POSEE :**

**-**

**-**

Relecture des images nécessaire : [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, merci d’envoyer votre dossier d’inscription 24 à 48h avant la RCP

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 :**

-

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

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