**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** :