**Médecins présents à la RCP :**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. **LA TUMEUR**

**Date du diagnostic :** **Localisation initiale ET taille clinique :**

**Type de prélèvement :**  **Biopsie**  **Exérèse (marges cliniques prises par l’opérateur : ………………………….)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mélanome** | **Breslow : mm**  **Statut BRAF demandé :** Oui    Non  *Si oui, joindre le CR*  **Métastatique au diagnostic** : Oui  Non  ***Si tumeur métastatique*, site des localisation(s) secondaire(s) :** |
| **Carcinome épidermoïde** | **Métastatique au diagnostic** : Oui  Non  ***Si tumeur métastatique*, site des localisation(s) secondaire(s) :** |
| **Carcinome basocellulaire** | **Métastatique au diagnostic** : Oui  Non  ***Si tumeur métastatique*, site des localisation(s) secondaire(s) :** |
| **Autre tumeur cutanée** | **Préciser : ………………………………………………………..** |

**Bilan d'extension réalisé :**Oui    Non

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type d’imagerie : |  | Date : |  |
| Type d’imagerie : |  | Date : |  |

1. **LE PATIENT**

**ATCD principaux et Comorbidités** :

-

-

**Histoire de la maladie :**

**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

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

**Poids :** ……………… **Taille**: …………….

**Traitement immunosuppresseur** :  Oui    Non      DCI :

**Si chirurgie envisagée** : Anticoagulant / Antiagrégant : Oui   Non      DCI :

1. **QUESTIONS POSEES A LA RCP / PROPOSITION THERAPEUTIQUE :**

-

-

Relecture des images nécessaire :  OUI  NON

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

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

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

Dossier complet  OUI  NON (si non commentaires / pièces manquantes)

**Note : Pour que le dossier soit discuté en RCP, il est INDISPENSABLE de joindre le CR histologique, les CR des imageries et/ou photos cliniques si nécessité de discuter l’opérabilité chirurgicale.**

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

1. **AVIS DE LA RCP :**

**Médecins présents à la RCP** **:**