**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** **:**