**Médecins présents à la RCP :**

1. **LE PATIENT *– administratif-***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | | | | Prénom : | |  | Sexe : |  |
| Date naissance : | |  | | | DN : |  | | | |
| Ville et Lieu de résidence : | | | |  | Tél. : |  | | | |
| Médecin Référent : | | |  | | Mail : |  | | | |
| Médecin Traitant : | | |  | | Mail : |  | | | |
| Autres correspondants : | | | |  | | | | | |

1. **CONTEXTE DE LA RCP**

***Motif de la RCP :*** *(Choix unique)*

Démarche diagnostique  Surveillance après traitement  Recours (2ème avis)

Proposition de traitement  Ajustement après traitement  Autre :

**Commentaires :**

-

-

**Cs d’annonce Neuro-onco effectuée** : Oui    Non

1. **INFORMATIONS CLINIQUES (TNM) ET PARACLINIQUES**

**OMS :**  0  1  2 3  4

**Poids :** ……………… **Taille**: …………….

**COMMORBIDITE / ATCD :**

**-**

**-**

**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

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

-

-

1. **STATUT THERAPEUTIQUE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Non traité | Déjà traité | Traitement initial en cours |

**TYPE DE PRELEVEMENT**

BIOPSIE  CHIRURGIE

REF CR ANAPATH :

DATE CR ANAPATH :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**TYPE HISTOLOGIQUE :**

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

Joindre Imageries

1. **Question posée pour la RCP**

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)*

**CR des précédentes RCP**

1. **Avis / proposition thérapeutique de la RCP**