**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**