

Date de la RCP :

Enregistrement sans demande d'avis

Demande d'avis

Nom :

Prénom :

Sexe : M  F

Date de naissance :

Adresse :

Médecin demandeur :

J'ai informé le patient cité ci-dessus de son passage en RCP et de l'informatisation de son dossier. Il a consenti à ce que ces informations puissent être transmises à des fins médicales aux destinataires de cette fiche.

Médecin Traitant :

Médecin(s) Référent(s) :

Service PMSI :

---

Antécédents et co-morbidité ayant un impact sur la décision thérapeutique:

Siège de la tumeur primitive :

Côté : Bilatéral  Droit  Gauche  Médian  Non Applicable

Rechute : oui  non  Ne sais pas

Dépistage Onco-Gériatrie : oui  non  Score : Evaluation : oui  non  Programmée  Ne sait pas

Histoire de la maladie et bilan d'extension (préciser les dates d'exams) :

Découverte : Dépistage individuel  Dépistage organisé  Manifestation clinique

Capacité de vie OMS/performans status : 0  1  2  3  4

Classification : T N M , pT pN pM , R

Type histologique : Grade : 1  2  3

Date prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Taille de la tumeur :

CIS associé : oui  non  Grade : 1  2  3

RE : RP : KI67 : Surexpression HER2 : OUI / NON N+/N prélevés : / G+/GS : /

Etats des marges :

---

Motif de la concertation : Ajustement thérapeutique  Avis diagnostique  Décision de traitement   
Prise en charge initiale  Autre

Question posée :

Proposition de la RCP :

Application référentiel ? non  oui  lequel : .....