

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(s) Référent(s) (si non demandeur) :

Médecin Traitant :

Autre(s) médecin(s) :

Service PMSI :

Siège de la lésion au niveau neurologique :
Si la lésion neurologique est secondaire, siège du primitif :

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

Type histologique :

Date prélèvement : __ / __ / ____

Siège de la tumeur primitive :

Rechute : oui non Ne sais pas

Dépistage onco-gériatrie : oui non **Score :** **Evaluation :** oui non Programmée Ne sait pas

Histoire de la maladie et traitements antérieurs (préciser les dates d'exams) :

Découverte : Dépistage individuel Dépistage organisé Manifestation clinique

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

Bilan d'extension (préciser les dates d'exams) :

Délétion 1p19q: **Exérèse :** biopsie macroscopiquement complète exérèse complète

Résultat imagerie post-opératoire :

Autres facteurs pronostics ou commentaires :

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

Question posée :

Proposition de la RCP :

Application référentiel ? non oui lequel ? :