

## RCP ONCO-THORAX-PONANT

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 traitements antérieurs (*préciser les dates d'examens*) :

Découverte : Dépistage individuel  Dépistage organisé  Manifestation clinique

Capacité de vie OMS/*perfo*mans status: 0  1  2  3  4

Classification : T N M , pT pN pM , R

Type histologique : Date prélèvement : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Bilan d'extension (*préciser les dates d'examens*) :

Stade :

N+/N prélevés : / Phenotype RER : +  -  Etat des marges :

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 ? : .....