

**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'exams) :**

**Découverte :** Dépistage individuel  Dépistage organisé  Manifestation clinique

**Capacité de vie OMS/perfomans 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'exams) :**

**Gleason :** = +

**Grade :**

**Beta HCG:**

**PSA:** Droite : N+/N prélevés:

**Furhman :**

**LDH :**

**alpha foeto-proteine :**

**Gauche:** N+/N prélevés:

**Autres facteurs pronostics ou commentaires :**

---

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

**Question posée :**

**Proposition de la RCP : (+ Plan de traitement et échéance souhaitée)**

**Application référentiel ?** Non  oui X  lequel ? .....