

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):

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/performans 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) :

Bilan Dentaire : fait non fait absence de dent **Nutrition entérale :** oui non

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 ? :