

Date de la RCP :

Nom :

Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance :

Adresse :

Médecin demandeur :

Médecin Traitant :

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.

Service PMSI :

Médecin(s) Référent(s) :

1- PRISE EN CHARGE INITIALE

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

Immunodépression : oui non

Signes cliniques :

Découverte : Dépistage individuel Dépistage organisé Manifestation clinique

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

Siège de la tumeur primitive :

Côté : Bilatéral Droit Gauche Médian Non Applicable

Type histologique :

Date prélèvement : ___ / ___ / ___

Marges exérèse :

Indice de Breslow :

Niveau Clark :

Index mitotique :

Régression : oui non **Ulcération :** oui non **G+/GS :** **N+/N :**

Mutation BRAF : oui non Ne sais pas **Mutation cKIT :** oui non Ne sais pas

Bilan d'extension initial :

Classification AJCC :

Classification : T N M , pT pN pM R

2 - EVOLUTION / RECHUTE :

Rechute : oui non Ne sais pas

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

Mutation BRAF : Oui Non Ne sais pas **Mutation cKIT :** Oui Non Ne sais pas

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

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

Motif de la RCP : 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 lequel ?.....