CENTRE DE COORDINATION EN CANCÉROLOGIE
3C du Ponant

RCP ONCO-GYNECOLOGIE –PONANT
Localisation : SEIN

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) :

Profil : ***Age, statut ménopausique, capacité OMS***

Antécédents et co-morbidité ayant un impact sur la décision thérapeutique ***(pour le 1er enregistrement)*****:**

Histoire de la maladie :

Mode de découverte : Dépistage organisé ☐

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

Date d'opération : __ / __ / ____ **ou** **Date de prélèvement histo. si non opéré :** __ / __ / ____

Type d'intervention :

Histologie complète :

TNM : **pTNM** : **FIGO** :

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

Question posée :

Proposition de la RCP :

Application référentiel ? non ☐ oui ☐ lequel ? ……..