



**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/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) :**

**Stade :** **Ménopause :** oui  non  péri-ménopause  **TSH :** oui  non

**Taille de la tumeur :**

**ACR :** 1  2  3  4  5  **ACR droit :** oui  non  **ACR gauche :** oui  non

**CIS associé :** oui  non  **Grade :** 1  2  3  4

**MSBR :** EE  SBR  précision SBR : **RE :** **RP :**

**KI67 :** **HER2neu :** +  ++  +++  -

**N+/N prélevés :** / **G+/GS :** /

**Etats des marges :**

**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 :**

**Application référentiel ?** non  oui  lequel ? .....