1. **LE PATIENT -** *administratif*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** : |  | **Prénom** :  |  | Sexe : |  |
| **Date naissance :** |  | DN : |  |
| Ville, île de résidence : |  | Tél. : |  |
| **Médecin Prescripteur du cas** : |  | Mail : |  |
| Tél. *pour être joint si besoin pendant la RCP :*  | Médecin présentant le cas : |
| **Médecin Traitant** : |  | Mail : |  |
| Autres correspondants : |  |

1. **CONTEXTE DE LA RCP**

|  |  |
| --- | --- |
| **Motif de la RCP*** Enregistrement / attentes de résultats
* Prise en charge initiale
* Rechute
* Avis diagnostic, radiologique
* Décision de traitement
* Ajustement thérapeutique
* Surveillance après traitement
* Recours, 2eme avis
* Autre
 | **Circonstances de découverte*** Manifestation clinique
* Découverte fortuite
* Dépistage organisé
* Dépistage individuel
 |

Consultation d’annonce faite : 🞏 Oui 🞏 Non

Le patient peut être contacté : : 🞏 Oui 🞏 Non

Commentaires :

1. **DONNEES CLINIQUES**

**Comorbidités / antécédents Mode de vie** *(lieu de vie, travail, autonomie)*

|  |
| --- |
| EXPOSITION NUCLEAIRE |
| **Patient ancien travailleur de Moruroa ou exposé :** : 🞏 Oui 🞏 Non**Accord du patient pour transmission de ses coordonnées au centre médical de suivi**  : : 🞏 Oui 🞏 Non |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Statut OMS** * 0
* 1
* 2
* 3
* 4
 | **Poids** | **Taille** |

**Histoire de la maladie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Examens complémentaires*** Scanner
* IRM
* Tep Scanner FDG
* Tep scanner PSMA
* Echographie
* autres
 | **Codes d’accès** |

1. **INFO CLINIQUES**

**Traitements relevant : Lesquels :**

* Immunosuppresseurs
* Anti-coagulants
* Anti-agrégants

**Chirurgie envisagée ou possible** : 🞏 Oui 🞏 Non

**Métastases** :

1. **LA TUMEUR**

**Localisation initiale ET taille clinique : Date du prélèvement :**

**Type de prélèvement**: [ ]  Biopsie [ ]  Exérèse (marges cliniques prises par l’opérateur : ………………………….)

|  |  |
| --- | --- |
| * Mélanome
 | **Breslow :** mm**Statut BRAF demandé :** 🞏 Oui 🞏 Non *Si oui, joindre le CR* |
| * Carcinome épidermoïde
 |  |
| * Carcinome basocellulaire
 |  |
| * Autre tumeur cutanée
 | **Préciser : ………………………………………………………..** |

1. **QUESTIONS POSEES A LA RCP / PROPOSITION THERAPEUTIQUE :**

|  |  |
| --- | --- |
| Relecture radiologique requise : 🞏 Oui 🞏 Non | Demande de TEP FSG  : 🞏 Oui 🞏 Non |
|  | Evasan autre  : 🞏 Oui 🞏 Non |
|  | DATE ENVISAGEE : (délai visa NZ 3s ; passeport 4s) |

1. **AVIS DE LA RCP :**