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**

**Perte de poids : siège de la T PRIMITIVE : latéralité :**

**Présentation : 🞏 Pré-traitement 🞏 Post-traitement cTNM :**

**Poids habituel / BMI / perte de poids :**

**+++ Joindre photos et schémas +++ avec la date :**

1. **LA TUMEUR**

**Date du prélèvement : Type histologique : pTNM**

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 :**