**Médecins présents à la RCP :**

1. **LE PATIENT –** *administratif-*

Consentement : [ ]  OUI [ ] NON

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | Prénom :  |  | Sexe : |  |
| Date naissance : |  | DN : |  |
| Ville et Lieu de résidence : |  | Tél. : |  |
| Médecin Référent : |  | Mail : |  | Tél\* :  |  |
| *\* pour être joint si besoin pendant la RCP*  |
| Médecin Traitant : |  | Mail : | *Pour recevoir le CR RCP* : |
| Autres correspondants : |  |

1. **DEMANDE**

*Médecin présentant le dossier (si autre que médecin référent) :*

*Motif de la demande* *(1 seule case à cocher)*

[ ] Avis diagnostique [ ] Mise en traitement [ ] Suivi de traitement / ajustement thérapeutique

[ ] Surveillance [ ] Autre, *préciser :*

**Cs d’annonce ORL effectuée** : Oui [ ]    Non [ ]

1. **ETAT GENERAL DU PATIENT**

**Capacité de vie OMS :**

[ ] 0 activité normale [ ]  1 efforts intenses [ ]  2 alitement <50%

 [ ]  3 alitement >50% [ ]  4 incapacité totale [ ]  inconnu

**POIDS :**

Actuel : Habituel : Taille : BMI :

Perte de poids : Kg = %

**ATCD :** *(pouvant influencer la proposition de prise en charge au moment de la RCP)*

-

-

**Patient ancien travailleur de Moruroa ou exposé aux retombées nucléaires :** Oui [ ]    Non [ ]

**Accord du patient pour la transmission de ses coordonnées au Centre Médical de Suivi (CMS) (Nom, Prénom, Date de naissance et n° de téléphone) :** Oui [ ]    Non [ ]

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

-

Date :

Pré ou Post traitement :







1. **IMAGERIE**

*JOINDRE à la demande le CR imagerie*

*-*

-

-

1. **DIAGNOSTIC**

**Siège du primitif** *(localisation de la tumeur primitive)* : [ ] Siège primitif inconnu

**Latéralité** : [ ] droit [ ] gauche [ ] médian [ ] bilatéral [ ]  sans objet

**Date de diagnostic :** (*Date de 1er anapath positive)*

**Type histologique du primitif** *:*

1. **TNM –** *au moment de la discussion en RCP-*
2. **Question posée pour la RCP**

-

-

Relecture des images nécessaire : [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, merci d’envoyer votre dossier d’inscription 24 à 48h avant la RCP

Demande d’Evasan : [ ]  OUI [ ]  NON
Si oui, préciser date : ………………………………………….

*Dossier complet* [ ]  *OUI* [ ]  *NON (si non commentaires / pièces manquantes)*

***Compte(s) rendu(s) des RCP précédentes :***

1. **Avis / proposition thérapeutique de la RCP**