**Tél : 02.62.35.91.04 – FAX : 02.62.35.96.74 – Email : rcp.3csud@chu-reunion.fr**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Demandé par Dr.\* :*** |  | ***Motif\* :*** | Avis diagnostique  Décision de traitement  Ajustement thérapeutique  Surveillance  Enregistrement  Requiert la présence d’un Oncologue médical  Requiert la présence d’un Radiothérapeute |
| ***Pour la RCP du\* :*** | *\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |

# Identité du Patient :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nom d’usage\* :*** |  | *Nom de naissance :* |  |
| ***Prénom\* :***  Adresse\* :  Médecin Traitant \*: |  | ***Date de naissance\* :*** | \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Description actualisée de la maladie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Rechute\* :*** | Oui Non | ***Date du diagnostic\* :*** | \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Siège de la tumeur\* :*** | PEAU NON MELANOME | | |
| *Latéralité :* | Gauche Droite Bilatérale Médian Inconnu ou non applicable | | |
| *TNM :* | p y T : N : M : | | |

# Spécificités de l’organe :

|  |  |
| --- | --- |
| *Topographie précise :* |  |
| *Type de tumeur :* | Carcinome épidermoïde cutané Maladie Paget cutanée Tumeur Merkel Carcinome baso-cellulaire Fibrosarcome Darier-Ferrand Sarcome cutané Tumeur annexielles Lymphomes |
| *Autre, précisez:*  ***Groupe 1****: Absence de critère de mauvais pronostic*  ***Groupe 2****: Au moins un critère de mauvais pronostic* |  |

# Identité du patient :

# Histoire de la maladie

|  |  |
| --- | --- |
| *Circonstances de la découverte :* | Ne sait pas  Dépistage organisé  Manifestation clinique  Dépistage individuel |
| *Statut thérapeutique :* | Non traité antérieurement En cours de traitement Déjà traitée |
| *Résumé clinique et/ou Commentaires :*  Marge d’excision  :  Histologique  : |  |

# Données du Patient :

|  |  |
| --- | --- |
| ***Capacité de vie OMS\* :*** | *Antécédents et co-morbidités :* |
| 0 – Activité extérieure normale sans restriction  1 – Réduction des efforts physiques intenses  2 – Doit parfois s’aliter mais moins de 50% de la journée  3 – Doit être alité plus de 50% de la journée  4 – Incapacité totale, alitement fréquent ou constant |  |

# Proposition thérapeutique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * **CAS A ENREGISTRER\* (sans présentation)** | | **CAS A DISCUTER EN SEANCE\*** | |
| ***Recommandation appliquée \*:*** |  | **Question posée à la RCP\* :** |  |
| ***Synthèse de la proposition\*:*** |  |

**\* Merci de joindre les comptes rendus  1) opératoire, 2) anatomopathologiques initiaux voire ceux de relecture 3) d’imageries effectuées dans le cadre du bilan**