**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**