

RCP ORL-ONCO6

N° local:

N° Dossier établissement:

Date de la RCP:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Sexe: m f I

Adresse:

Enregistrement sans demande d'avis Demande d'avis

Médecin demandeur:

Médecin(s) Référent(s) (si non demandeur):

Médecin Traitant:

Autre(s) médecin(s):

Antécédents et co-morbidité ayant un impact sur la décision thérapeutique:

Siège de la tumeur primitive:

Côté : Bilatéral Droit Gauche Médian Non Applicable Rechute : oui non Ne sais pas

Histoire de la maladie et TT antérieurs:

Découverte : Dépistage individuel Dépistage organisé Manifestation clinique

Capacité de vie OMS/perfomans status: 1 2 3 4

Classification: T N M ,PT PN PM ,R

Type histologique:

Date biopsie:

Bilan d'extension:

Bilan Dentaire: fait non fait absence de dent Nutrition entérale: oui non

Autres facteurs pronostics ou commentaires:

Motif de la RCP : Ajustement thérapeutique Autre Avis diagnostique Décision de traitement

Prise en charge initiale Surveillance après traitement

Question posée:

Proposition de la RCP: (+ Plan de traitement et échéance souhaitée)

Application référentiel ? non si oui lequel?