|  |  |
| --- | --- |
|  | **Formulaire de demande RCP Outremer**  **Toutes pathologies**  V2.0 15-12-2022 |

**IDENTITE DU PATIENT**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |  |
| Prénom(s) : |  |
| N° de dossier (si déjà prise en charge à Gustave Roussy) : |  |
| Date de naissance : |  |
| Adresse : |  |
| Téléphone : |  |
| Prise en charge sociale / caisse d’assurance maladie : OUI / NON |  |
| Si besoin, préciser le type (CMU, AME, etc…) : |  |

**DEMANDEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du praticien demandeur (préciser le lien avec le patient) : |  |
| Adresse : |  |
| Email / courriel : |  |
| Téléphone / FAX : |  |
| Date de demande : |  |

**DEMANDE RCP OUTREMER** (toutes pathologies confondues)

*(Aucun dossier incomplet ne pourra être traité)*

**HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE**

|  |  |
| --- | --- |
| Localisation de la tumeur primitive : |  |
| Type histologique de la tumeur primitive : |  |
| Commentaire tumeur primitive : |  |

Maladie localisée

|  |  |
| --- | --- |
| Date diagnostic : |  |
| Résultats biopsie initiale : |  |
| Profilage moléculaire : OUI / NON |  |
| Mutations retrouvées : |  |

* Prise en charge

|  |  |
| --- | --- |
| Chirurgie (date + CR histologique) |  |
| Traitements systémiques (chimiothérapie / immunothérapie / thérapie ciblée - protocoles, date de début et de fin) : |  |
| Radiothérapie  (localisation, date de début et de fin) |  |
| Autre (préciser) : |  |

Maladie métastatique :

|  |  |
| --- | --- |
| Date rechute/diagnostic maladie métastatique : |  |
| Sites métastatiques |  |
| Résultats biopsie : |  |
| Date biopsie |  |
| Profilage moléculaire : OUI / NON |  |
| Mutations retrouvées : |  |

* Prise en charge

|  |  |
| --- | --- |
| Traitements systémiques (chimiothérapie / immunothérapie / thérapie ciblée (protocoles, date de début et de fin - spécifier toutes les lignes de traitement, les dates de début et de fin, les examens justifiant un changement de ligne) |  |
| Radiothérapie (localisation, date de début et de fin) |  |
| Chirurgie (date + CR histologique) : |  |
| Autre (préciser) : |  |
|  |  |

**ANTECEDENTS**

|  |  |
| --- | --- |
| Antécédents de cancer dans la famille : OUI / NON |  |
| Type de cancer, lien de parenté et âge au diagnostic : |  |
| Réalisation d’une consultation d’oncogénétique : OUI / NON |  |
| Réalisation d’un profilage moléculaire : OUI / NON |  |

Antécédents médico-chirurgicaux :

|  |  |
| --- | --- |
| Ménopause : OUI / NON |  |
| Age ménopause : |  |
| Contraception en cours : OUI / NON |  |
| Si oui, laquelle : |  |
| Allergies connues : |  |
| Addictions |  |
| Exposition à des toxiques : |  |
| Traitement en cours : |  |

**EXAMEN CLINIQUE RECENT**

|  |  |
| --- | --- |
| Etat général (OMS) : |  |
| Dénutrition : OUI /NON |  |
| Score G8 (si âge>70 ans) : |  |
| Symptômes éventuels : |  |

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

|  |  |
| --- | --- |
| Dernière biologie : |  |
| Derniers examens d’imagerie : |  |

**QUESTION PRECISE POSEE A LA RCP OUTREMER**

*(Aide au diagnostic, prise en en charge, second avis, …)*

|  |
| --- |
|  |

Spécialité sollicitée :

|  |
| --- |
|  |