![logo_gustave_roussy_rvb[1]]()

**Toute demande de second avis médical doit être obligatoirement et uniquement émise par le médecin référent (Oncologue, Chirurgien ou radiothérapeute) du patient.**

**Seuls les avis demandés par les médecins référents seront pris en charge.**

 **Nom/prénom du (de la) patient(e) :**

 **Si N° de dossier à Gustave Roussy :**

**Adresse :**

..

**TEL :** **Date de naissance :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Prise en charge sociale / caisse d’assurance maladie :** [ ]  Oui [ ]  Non

Si besoin, préciser le type (CMU, AME, etc…) :

**Email / courriel :**

**Nature de la demande** :

 [ ]  Avis sur dossier [ ]  Prise en charge

**DEMANDE D’AVIS OU PRISE EN CHARGE SECONDAIRE**

* Cette demande ne peut être faite que par le médecin référent du patient
* Pour toute demande, il est nécessaire de nous adresser un dossier complet **incluant un résumé médical très récent**, qui sera discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).
* Un rendez-vous ne sera accordé qu’après accord médical de la RCP.
* Aucun rendez-vous ne sera donné pour simple avis.
* Aucun rendez-vous ne sera donné pour simple surveillance.

**DOCUMENTS A ENVOYER OBLIGATOIREMENT**

1- **Cette fiche**, par fax ou par mail (contact à la fin de ce document)

2- Un courrier posant des questions précises quant à la demande.

3- Compte-rendu de biopsie avec histologie (résultats hormonaux et HER2).

4- Compte-rendu opératoire avec histologie.

5- Copies des compte-rendus d'imagerie récents (mammographie, échographie, scanner, scintigraphie, PET-scan, etc.). **Merci de ne pas nous adresser les images**.

6- Détails des traitements reçus (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, etc.) en précisant les doses et la tolérance

**7-** synthèse médicale (résumé médical complet) établie par le médecin référent.

**Tout document doit nous être adressé au format PDF ou Word, les photographies de documents ne sont pas acceptées.**

**Le dossier doit être traduit en français ou en anglais.**

***Aucun dossier ne sera traité en l’absence de l’un de ces documents.***

**TRAITEMENTS RECUS**

LE PATIENT a-t-il RECU des traitements POUR UNE MALADIE du sein : [ ]  Oui [ ]  Non

Chirurgie :……………... [ ]  Oui [ ]  Non

Chimiothérapie :……. [ ]  Oui [ ]  Non

Radiothérapie :………. [ ]  Oui [ ]  Non

Hormonothérapie :… [ ]  Oui [ ]  Non

Autres :………………….. [ ]  Oui [ ]  Non

**INFORMATIONS GENERALES**

**Nom du demandeur (préciser le lien avec le patient) :**

**Adresse :**

**Mail :**

**Tel :**  **Date de demande :**  Cliquez ici pour entrer une date.

**Fax :**

**CONTACTS GUSTAVE ROUSSY**

Boite mail avis de pathologie mammaire : avis.sein@gustaveroussy.fr

Fax du service de pathologie mammaire : 01.42.11.52.74.

Chef de service : Docteur Barbara PISTILLI