

Avis oncologie médicale ORL

Nom et prénom du patient

Date de naissance

Motif de la demande d'avis :

2nd avis sur la prise en charge actuelle

Inclusion dans un essai thérapeutique

Autre : préciser votre question :

ATCD NOTABLES :

- HTA oui non
- Dysfonction cardiaque oui non
- Syndrome coronarien aigu oui non
- Trouble du rythme oui non
- Diabète oui non
- Autre cancer oui non
- Maladie auto-immune oui non

Traitement (hors chimiothérapie) en cours :

...

....

....

...

...

...

Pathologie :

Carcinome épidermoïde

Glande Salivaire

Sarcome

UCNT

Localisation :

Cavité buccale

Oropharynx

Larynx

Hypopharynx

Massif facial

Cavum

Glandes Salivaires

Extension actuelle :

Rechute loco-régionale : oui non

Métastases : oui non si oui sites :

Traitements préalables :

Chirurgie si oui, date (s)

Radiothérapie si oui, date(s)

Chimiothérapie

Pour la chimiothérapie, merci de préciser les lignes de traitements, leurs dates de début et fin, motif du changement de type de chimiothérapie :

Ligne 1

Ligne 2.....

Ligne 3.....

Ligne 4.....

Ligne 5....

.....

Date du dernier traitement :/...../.....

Toxicités séquellaires.....

Etat général du patient : OMS 0 1 2 3

Alimentation orale possible oui non

Gastrostomie d'alimentation oui non

Autres éléments médicaux importants :

Merci de joindre :

- Le dernier compte rendu de consultation
- Le compte rendu anatomopathologique
- Un bilan sanguin datant de moins de 30 jours
- Le dernier compte rendu d'imagerie

Nom du médecin demandeur :

Adresse :

Tel :

Fax :

Mail

Nom du patient :

Adresse :

Tel :

Mail :

Dr Caroline EVEN

Secrétariat

Tél. : 01 42 11 46 05

Fax : 01 42 11 52 73

E-mail :

marie.maruzzi@gustaveroussy.fr

Adresse postale :

Gustave Roussy

DEPARTEMENT DE CANCEROLOGIE CERVICO-
FACIALE

114, rue Edouard-Vaillant

94805 Villejuif cedex