

A faxer à l'attention de Mme Olivia ABBYAD
Numéro de fax : 04 92 03 12 52
Tel : 04 92 03 14 63
Email : rcp.moleculaire@cal.mssante.fr

PATIENT

Nom de naissance :
Nom usuel :
Prénom :
Date de naissance/...../.....
IPP :
Adresse :

Tel :
Mail :

MEDECIN DEMANDEUR

Nom :
Adresse :

Tel :
Fax :
Mail :

Etat clinique

O.M.S. : 0 1 2 3 4

Commentaires :

Bilan biologique

Merci de joindre une copie du bilan biologique le plus récent

Antécédents notables

Médication concomitante notable (corticoïdes, anticoagulation, antalgiques...)

Diagnostic

**MERCI DE JOINDRE IMPERATIVEMENT LE COMPTE-RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE
QUI CONTIENT LA REFERENCE DU PRELEVEMENT TUMORAL DISPONIBLE**

CANCER PRIMITIF ET DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE PRECIS :

TUMEUR RARE ? OUI NON

SITES METASTATIQUES PRECIS :

METASTASE BIOPSIABLE ? OUI NON

SI INDICATION DE BIOPSIE MERCI DE JOINDRE LE CD DU DERNIER TDM

Anomalies moléculaires

MERCI DE JOINDRE LE COMPTE RENDU DES ANALYSES MOLECULAIRES DEJA REALISEES

Traitements préalables

1. Radiothérapie + caractéristiques OUI NON

2. Lignes de traitement systémique (nom des molécules/protocoles + doses + dates):

Ligne 1 :

Ligne 2 :

Ligne 3 :

Ligne 4 :

Ligne X :

DATE DE LA DERNIERE CURE :/...../20.....

Toxicités séquellaires

OUI NON

Type et grade :

Commentaires

Date :

Signature :