

Demande de passage en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
A envoyer par fax au 02 40 08 48 06 ou par mail à rccp.oncodermatologie@chu-nantes.fr

Dossier seul

Avec consultation pour le patient

Date : ___ / ___ / _____

Médecin demandeur :

Ville :

Tel :

Fax pour accusé réception :

Information patient

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Sexe :

Adresse pour convoquer le patient :

Médecin généraliste (Nom et adresse) :

JOINDRE IMPERATIVEMENT LE CR ANATOMOPATHOLOGIQUE SI BIOPSIE OU EXERESE REALISEE AINSI QU'UNE PHOTO POUR TOUTES LES TUMEURS EN DEHORS DU MELANOME

Nature de la lésion :

Mélanome, Breslow de

Carcinome épidermoïde

Carcinome basocellulaire

Carcinome neuro-endocrine

Lymphome T

Lymphome B

Tumeur de Darier-Ferrand

Autre tumeur, nature (si déterminée) :

Localisation (code CIM10 si connu) :

Taille (cm) :

Tumeur primitive

Antécédents notables : Tt anticoagulant

Troubles cognitifs

Récidive

Immunodépression

Autre :

Métastase loco-régionale

Métastase à distance

Patient ayant déjà un dossier au CHU :

Oui

Non

Souhaitez-vous une prise en charge suite à la RCP :

au CHU

hors CHU

(Si hors CHU : indiquez coordonnées du chirurgien) :

Traitements antérieurs réalisés :

Histoire de la maladie et problématique :

A réception de votre demande, un accusé réception vous sera envoyé par fax dans les 72h, dans la mesure où votre numéro de fax sera indiqué