

**En tête avec coordonnées des établissements du 3C (adresses, FINESS et logos)**

**Patient : Nom Prénom Date de Naissance**

Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

**Correspondants**

Nom / Prénom	spécialité

**Consultation d'annonce médicale**

Date	Organe	Médecin	Présence IDE (ou d'un professionnel paramédical)	Remarques

Proposition d'une CAS : oui/non Refus de CAS

**Consultation d'annonce paramédicale**

Date	Organe	Infirmière	Entourage	Remarques

**Lésion**

Organe : ..... Commentaires : .....

**Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)**

Intitulé des RCP	Date de passage	Nom professionnel (réfèrent)

**Examens complémentaires demandés**

Examen	Détail	Date
<input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> Scanner <input type="checkbox"/> Scintigraphie <input type="checkbox"/> Curage ganglionnaire <input type="checkbox"/> Autre		

**Consultations complémentaires demandés :**

Type de consultation	Coordonnées*	Date
<input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Oncologie <input type="checkbox"/> Anesthésie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Gériatrie <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Chirurgien dentiste		

**ONCO HAUTS-DE-FRANCE**

Association régie par la loi du 1er juillet 1901  
Siège social : 1A rue Jean Walter 59000 LILLE  
Tél. 03 20 13 72 10 – Fax : 03 74 09 59 22  
Déclarée auprès de la Préfecture du Nord  
SIREN n° 830.863.973.00012

