

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

