

Historique des comptes-rendus de RCP disponibles

Reprise PDF des comptes-rendus de RCP du DCC (Dossier Communicant en Cancérologie)

Intitulé des RCP	Date de passage	Nom professionnel (référent)

Informations patient

Identifiant patient INSC visible : Identifiant patient IPP/OID

Nom de naissance : **Nom de jeune fille** : **Prénom** :

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

Adresse :

Code postal : Ville :

Situation familiale :

Nom du médecin référent **Nom du médecin traitant** :

Etablissement du médecin référent

Pharmacie d'officine référente :

Coordonnées des autres correspondants

Coordonnées*

Lésion

Siège de la tumeur primitive (Localisation) :

Date de diagnostic de la pathologie :

Stade clinique initial (Si applicable) : Stade T : Stade N : Stade M : Autre(s) stade (s)

Commentaires :

Temps d'annonce médicale

Date de l'entretien.../.../... Heure début : Heure de fin:

primo-prescription antiK oraux

Réalisé par : En présence de l'IDE (**ou d'un professionnel paramédical**) : Oui

Nom : Non

Remarques :

Proposition d'une CAS Oui Non

Refus de CAS

Consultation paramédicale (CAS)

Date de l'entretien.../.../... Heure début : Heure de fin :

Réalisé par :

Autre personne présence (entourage) :

Remarques :

Coordonnées de l'équipe soignante du patient :

Synthèse

Traitements retenus en accord avec le patient : (choix multiples) (Reprise de la fiche RCP mais modifiable)

Plan de traitement	Type de traitement	Complément	Date	Structure	Professionnel
<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Hormonothérapie <input type="checkbox"/> Curiethérapie <input type="checkbox"/> Instillations <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> Autre					

Décembre 2018

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

Examens complémentaires demandés : (choix multiples) med

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

Consultations complémentaires demandées : (choix multiples) med

<input type="checkbox"/> Radiothérapie	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Oncologie	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Anesthésie	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Chirurgie	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Gériatrie	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Médecin traitant	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Chirurgien dentiste	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Autre :	Coordonnées*.....	Date :

*Annuaire régional DCC

Soins de support : (choix multiples et +ieurs choix pour les coordonnées)

<input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Prise en charge diététique et nutritionnelle	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Prise en charge psychologique	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Prise en charge sociale, familiale et professionnelle	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Prise en charge par stomathérapeute	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Activité Physique	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Soutien psychologique des proches et aidants	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Prise en charge des troubles de la sexualité	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Prise en charge addictologique	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Rééducation	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Prise en charge en soins palliatifs	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Maintien à domicile	Coordonnées*.....	Date :
<input type="checkbox"/> Autre :	Coordonnées*.....	Date :

Informations délivrées au patient : (choix multiples)

<input type="checkbox"/> Livret descriptif de la maladie	<input type="checkbox"/> Fiches effets secondaires (lien vers le site internet)	<input type="checkbox"/> Carte d'information URPS
<input type="checkbox"/> Explication ALD	<input type="checkbox"/> Dépliant Aire Cancer, ERC/Associations de patients	<input type="checkbox"/> PPS
<input type="checkbox"/> Autre :		

→ Génération d'un plan de traitement sous format calendrier (PDF)

Observations / commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rouge : repris de la fiche RCP (item obligatoire)

Bleu : repris de la fiche RCP (item facultatif)