

**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 (réfèrent) |
|------------------|-----------------|------------------------------|
|                  |                 |                              |
|                  |                 |                              |

**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 réfèrent** : ..... **Nom du médecin traitant** : .....  
 Etablissement du médecin réfèrent : .....  
 Pharmacie d'officine réfèrent : .....  
 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**

**Traitement retenu en accord avec le patient : (choix multiples) (Repris de la fiche RCP mais modifiable)**

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

