

Documents à joindre :

- CRA CRO
 CR consultations
 imagerie

Le recueil du consentement du patient est à la charge du médecin demandeur

FICHE RCP RENATEN REGIONAL BRETAGNE



Demandeur :	 :	Mail sécurisé :
Généraliste :	Spécialistes :	

IDENTITE PATIENT :

Nom d'usage :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M : <input type="checkbox"/> F
Date de naissance : / /	Ville d'habitation :	

ANTECEDENTS :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Capacité de vie (OMS) :

Motif de la RCP *

- Ajustement thérapeutique Décision traitement
 Avis diagnostique Surveillance après traitement Date du début de la maladie : / /

Phase de la maladie *	Nouveau cas de cancer :	Statut thérapeutique lors de la phase en cours
<i>Phase initiale</i> <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Déjà traité <input type="checkbox"/> <i>En cours de traitement</i> <input type="checkbox"/>
<i>Phase rechute</i> <input type="checkbox"/>	<i>Ne sais pas</i> <input type="checkbox"/>	<i>Non traité</i> <input type="checkbox"/>

Descriptif histologique

Histologie :		Code ADICAP :	Date de prélèvement* : / /	
pTNM	pT :	pN :	pM :	Résidu tumoral : R
Grade/score :		Phénotype :	Relecture : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Gène impliqué :	Tumorothèque : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

QUESTION :

REPONSE DE LA RCP :

Type de la proposition :

- Application référentiel
Essai thérapeutique
Traitement hors référentiel

DEMANDE A TRANSMETTRE AU SECRETARIAT DU POLE REGIONAL

Pôle régional de cancérologie de Bretagne

SITE	Secrétaire RCP	Adresse mail sécurisée		Télécopieur
Site de Rennes	Valérie Decobecq	assistante.3Cpole.rennes@telesantebretagne.org	02 99 28 99 56	02 99 28 99 68
Site de Brest	Laurence Guen	secretariat-cancerologie.chu-brest@medical29.apicrypt.org	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67