**RCP du**  **Médecin demandeur : ……………………………………………………………………**

 **Lieu d’exercice du médecin demandeur : …………………………………………..**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom de naissance : ……………………..……………………………… Nom utilisé : ………………………………………………

1er Prénom de naissance……………………………………………… Sexe [ ]  H [ ]  F

Date de naissance / / Age : ……….

**Etablissement de prise en charge** :

**Correspondants du patient**

 **Médecin traitant :**  Autres :

**ANTÉCÉDENTS (familiaux, personnels et chirurgicaux) ET COMORBIDITÉS**

**MODE DE VIE**

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**TUMEUR**

**Siège de la tumeur (code CIM-10)** :

**Type histologie (ADICAP)** :

**Score Pronopall :**

**PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

**Question posée :**

**Statut du cas présenté** : [ ]  Discuté [ ]  Enregistré

**Proposition : ……………………………………….**

**Complément (Protocole, Molécules,…)………………………………………….. Condition :** [ ]  ET [ ]  OU [ ]  ET/OU [ ]  PUIS [ ]  SINON

**Description de la proposition de prise en charge :**

[ ]  **Tumeur rare**

[ ]  **Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique**

[ ]  **Proposition d'inclusion dans un essai clinique**