**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**