**Date de la demande :**

**Nom, Prénom :**

Date de naissance :

Adresse :

Coordonnées téléphoniques :

Dermatologue adressant le patient :

Mail :

**Indication de la PDT  et justification à cocher (OBLIGATOIRE)**

|  |  |
| --- | --- |
| **BASOCELLULAIRE SUPERFICIEL (HORS VISAGE)**  ***1 séance, ré-évaluation à 3 mois, si insuffisant, 2 séances à 1 semaine d’intervalle²*** | |
| **Localisation :**  **Biopsie obligatoire (joindre compte-rendu)** | **❒ Echec des traitements antérieurs (Imiquimod...)**  **❒ Lésion de grande taille, non accessible à la chirurgie**  **❒ Lésions multiples du tronc (1 à 3 champs)**  **❒ Récidive après un premier traitement par PDT** |
| **MALADIE DE BOWEN/CARCINOME EPIDERMOÏDE IN SITU**  ***2 séances à 1 semaine d’intervalle, ré-évaluation à 3 mois, si insuffisant, 2 nouvelles séances à 1 semaine d’intervalle*** | |
| **Localisation :**  **Biopsie obligatoire (joindre compte-rendu)** | **❒ Echec des traitements antérieurs (Efudix..)**  **❒ Lésion de grande taille ou de localisation non adaptée à la chirurgie**  **❒ Récidive après un premier traitement par PDT** |
| **KERATOSES ACTINIQUES MULTIPLES** (KA fines, non-hyperkératosiques et non pigmentées du visage et du cuir chevelu)  ***1 séance, évaluation à 3 mois, si incomplet nouvelle séance*** | |
| **Localisation :**  **Biopsie obligatoire (joindre compte-rendu)** | **❒ Echec des traitements antérieurs (Cryothérapie, Imiquimod, Efudix, diclofenac)** |
| **AUTRE INDICATION :** | |
| *Pour toute situation hors AMM et hors référentiel, le dossier doit être discuté en RCP*  **Joindre courrier, si possible photo + formulaire de RCP pour discussion et consultation préalable dans le service** | |

**Co-morbidités actuelles susceptibles de modifier la prise en charge/ les modalités de réalisation du traitement (ambulatoire / hospitalisation de jour)**

**Informations déjà fournies au patient sur le traitement : ⁯** oui ⁯ non

**Photographies des lésions disponibles :** ⁯ oui ⁯ non

**Médecin du service ayant validé la demande :**

**Modalités de réalisation du traitement et date de RDV :**

-Consultation préalable 🞏

-PDT en consultation (prescription de Metvixia en ville) 🞏

-HDJ 🞏

**Médecin réalisant le traitement :**