**Tumeurs Superficielles Tube Digestif - Date de la RCP :** Cliquez ici pour entrer une date.

**+Eléments minimaux nécessaires pour inscription :**

**Fiche RCP complétée informatiquement à envoyer sous Format Word à** [3c-sud@chu-bordeaux.mssante.fr](mailto:3c-sud@chu-bordeaux.mssante.fr)

**CRAP Biopsie et/ou Exérèse**

**Co-morbidités actives**

**CR Endoscopie + CR Histologie**

**Imagerie initiale et dernière évaluation**

* **Les imageries sont visualisables en séance sous**

Transfert de PACS à PACS **(Nexus)**

**Service régional d’échange et partage d'examens d'imagerie Krypton**

**Codes imageries pouvant être téléchargées**

Envoi **CD par voie postale**

**Responsable(s): Dr Arthur BERGER / Dr Caroline TOULOUSE**

**Bi-mensuelle le lundi à 16h - Groupe Hospitalier Sud**

**Demande inscription uniquement à :**

[**3C-sud@chu-bordeaux.fr**](mailto:3C-sud@chu-bordeaux.fr)

[3c-sud@chu-bordeaux.mssante.fr](mailto:3c-sud@chu-bordeaux.mssante.fr) (05.57.65.63.54) si hors chubx

Clotûre inscriptions : le vendredi 12h

**Médecin demandeur**

* **Nom du médecin demandeur d’avis en RCP :**

Cliquez ici pour taper du texte.

* **Structure de rattachement si HORS CHU :**

Cliquez ici pour taper du texte.

* **Commune si cabinet privé :**

Cliquez ici pour taper du texte.

* **Nom du médecin présentant le dossier (médecin référent au CHU à qui est envoyée la demande)**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Patient**

**NOM d’usage (marital) :** Cliquez ici pour taper du texte.

**NOM de famille (naissance) :** Cliquez ici pour taper du texte.

**PRENOM(S) :** Cliquez ici pour taper du texte.

**DATE DE NAISSANCE :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Masculin  Féminin**

* **Pour les patients non connus du CHU : adresse complète de résidence (fournir bulletin de situation de la dernière admission du patient)**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Numéro de téléphone :**

**NOM du médecin traitant :** Cliquez ici pour taper du texte.

**1ère présentation  Dossier déjà discuté en RCP le :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Date de l’endoscopie :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Localisation**

Œsophage tiers supérieur/moyen/inférieur/cardia Estomac\_ préciser :  Duodénum\_ préciser :

Côlon droit Côlon transverse  Côlon gauche Rectum bas/haut/moyen

**Description de la lésion (photos bienvenues)  + taille :**

**Technique de résection :**

Mucosectomie : monobloc /Fragmentée

Dissection sous muqueuse :

**Histologie : (à préciser)**

* Résection monobloc : oui/non
* Résection R0 : oui/non
* Profondeur d’infiltration sous muqueuse (en micromètres) :
* Marges profondes saines : oui/non
* Marges latérales saines : oui/non
* Degrés de différenciation : (préciser)
* Présence de budding : oui/non (préciser le grade)
* Présence d’embols vasculaire : oui/non
* Présence d’embols lymphatique : oui/non

**Synthèse de l’histoire de la maladie / éléments nouveaux depuis la dernière présentation en RCP :**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Question posée à la RCP :**

Cliquez ici pour taper du texte.