**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

[ ]  **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**

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.