**RCP Neuro-oncologie - 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-pel@chu-bordeaux.mssante.fr](mailto:3c-pel@chu-bordeaux.mssante.fr)

* **L’identité du neurochirurgien référent (ayant pris en charge le patient)**
* **Santé global du patient : Indice de performance OMS et/ou indice de KARNOFSKY**
* **Etat neurologique clinique actuel**
* **Historique des traitements : traitement récents réalisés et traitement en cours**
* **Les deux dernières imageries de référence dont la dernière datant de moins de 6 semaines avant la demande RCP, 4 semaines au maximum pour les tumeurs malignes**

**Transfert d’imagerie de PACS à PACS (à privilégier++=> (contacter l’administrateur du PACS du chu src.imagerie@chu-bordeaux.fr/ 05.56.79.49.58)**

**Imagerie visualisable via KRYPTON**

**Sinon CD rom à envoyer au secrétariat du service du médecin responsable de la RCP**

**Responsable(s): Dr Julien ENGELHARDT / Dr Thomas WAVASSEUR**

**RCP073 Neurochirurgie A -** **Tous les lundis à 14h30**

**RCP071 Neurochirurgie B - Tous les lundis à 16h00**

**RCP075 Métastases cérébrales - les 2e et 4e mardis du mois à 16h30 (2/mois)**

**Demande inscription uniquement à :**

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

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

Clotûre inscriptions : la veille de chaque RCP (hors CHU)

**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.

**Motif de présentation :**

Avis anapath  Avis chirurgie  Avis radiologique  Avis radiothérapie  Avis oncologie médicale

**L’identité du neurochirurgien référent (ayant pris en charge le patient) :**

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

* Santé global du patient : Indice de performance OMS et/ou indice de KARNOFSKY
* Etat neurologique clinique actuel :
* Historique des traitements : traitement récents réalisés et traitement en cours :

Cliquez ici pour taper du texte.

**Question posée à la RCP :**

Cliquez ici pour taper du texte.