**RCP Moléculaire de recours FMG en cancérologie - 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

[ ] Le **lieu** du prélèvement anatomopathologique (CHU ou si hors CHU, le nom du laboratoire)

[ ] Les **référence et date du prélèvement anatomopathologique** sur lequel il souhaite faire le screening

[ ] Si connues du clinicien, les recherches à faire (mutations/fusions…), qui permettront de choisir au mieux la technique de screening

[ ] Le **caractère urgent ou non** du screening

**Responsable(s): Pr Merlio/Dr Digue/Dr Domblides**

**Bi-mensuelle le jeudi à 9h - 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 lundi à 16h

**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.

[ ] Le **lieu** du prélèvement anatomopathologique (CHU ou si hors CHU, le nom du laboratoire) :

[ ] Les **référence et date du prélèvement anatomopathologique** sur lequel il souhaite faire le screening :

[ ] Si connues du clinicien, les recherches à faire (mutations/fusions…), qui permettront de choisir au mieux la technique de screening :

[ ] Le **caractère urgent ou non** du screening :

**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.