**Date de la RCP :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Eléments minimaux nécessaires pour inscription :**

* Identité complète patient avec adresse de résidence
* Nom et établissement du médecin demandeur d’avis et son numéro de téléphone portable du médecin demandeur d’avis + nom du médecin traitant
* Nom du médecin qui présentera le cas en RCP si demandeur absent
* Synthèse de l’histoire oncologique du patient
* Question posée

**Nom de la RCP :**

**Nom du responsable :**

**Demande inscription uniquement à :**

3c-sa@chu-bordeaux.mssante.fr (05 57 82 06 10)

3c-sud@chu-bordeaux.mssante.fr (05 57 65 63 54)

3c-pel@chu-bordeaux.mssante.fr (05 57 82 04 97)

*Cf. agenda RCP CHU sur site Internet*

Version 6.3 Centre de Coordination en Cancérologie (3C)- CHU de Bordeaux Date : 30/01/2020

**Question posée au comité :**

**Synthèse de l’histoire oncologique du patient**

**+ éléments nouveaux depuis la dernière présentation en RCP :**

**Médecin demandeur**

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

Cliquez ici pour taper du texte.

* **Structure de rattachement 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.

**NOM du médecin traitant :**

Cliquez ici pour taper du texte.