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

**Eléments 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)
* Compte-rendu **anatomopathologique** + **imagerie** (si nécessité de relecture, merci de contacter le service imagerie concerné pour l’envoi CD ou n° de réf. d’examen\* (*cf*. page n°2)
* **Biologie** (joindre copie résultats)

**RCP053 Lymphomes :**

**Responsable : Dr Krimo Bouabdallah**

Mercredi 14h30-hebdomadaire-Groupe Hospitalier Sud

**Demande inscription uniquement par mél au :**

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

Clôture des inscriptions le mardi J-1 à 12h



**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.

**Patient**

**NOM marital :** Cliquez ici pour taper du texte.

**NOM de 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**

**VILLE DE NAISSANCE :** Cliquez ici pour taper du texte.

* **Pour les patients non connus du CHU : code postal et commune de résidence (fournir bulletin de situation)**

Cliquez ici pour taper du texte.

**NOM du médecin traitant :**

Cliquez ici pour taper du texte.

**1ère présentation en RCP Lymphome  Dossier déjà discuté en RCP Lymphome le : JJ/MM/AAAA**

**Discussion anapath**

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

**Question posée au comité :**

\***Pour les TEP-scan, scintigraphie et ostéodensitométrie, merci d’envoyer les CD ou n° de réf. d’examen à :**

Service de médecine nucléaire

Service du Professeur Laurence BORDENAVE

Hôpital Haut-Lévêque

Groupe Hospitalier SUD

Avenue de Magellan

33604 PESSAC CEDEX

**Scintigraphie**:05.57.65.64.08  
**Ostéodensitométrie**:05.57.65.64.08  
**TEPSCAN** : 05.57.65.63.35

[medecinenucleaire.hl@chu-bordeaux.fr](mailto:medecinenucleaire.hl@chu-bordeaux.fr) – [pet.scan@chu-bordeaux.fr](mailto:pet.scan@chu-bordeaux.fr)

\***Pour les scanner et IRM, merci d’envoyer les CD ou n° de réf. d’examen à :**

Service de radiologie et d’imagerie diagnostique et interventionnelle de l’adulte

Service du Professeur François LAURENT

Hôpital Haut-Lévêque

Groupe Hospitalier SUD

Avenue de Magellan

33604 PESSAC CEDEX

05 57 65 64 69