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

**RCP057-GHS- Moléculaire**

**Leucémies aigues et myélodysplasies**

**Nom du responsable : Pr PY DUMAS**

Lundi 15h-hebdomadaire-Groupe Hospitalier Sud

**Demande inscription uniquement à :**

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

Clôture des inscriptions le vendredi J-3 à 12h

Version 1.0 Centre de Coordination en Cancérologie (3C)- CHU de Bordeaux Date : 10/10/2023

**Médecin demandeur**

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

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**

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

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

(+ éléments nouveaux depuis la dernière présentation en RCP)

**Question posée au comité :**