



**SERVICE DE DERMATOLOGIE ET PATHOLOGIE VASCULAIRE PERIPHERIQUE  
REUNION de CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE**

***Demande d'avis RCP oncodermatologique***

*Date de la demande :*

<b>Médecin : Dr</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Tel :</i></li><li>• <i>Mail :</i></li><li>• <i>Adresse :</i></li></ul>	<b>(tampon) :</b> <i>Fax :</i>
---	-----------------------------------

<b>IDENTIFICATION PATIENT</b>			
<i>Nom :</i>	<i>Prénom :</i>	<i>Sexe :</i> <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
<i>Date de naissance :</i>			
<i>Adresse :</i>			
<i>Tel :</i>			

<b>MOTIF DE LA RCP</b>	
<input type="checkbox"/> Avis diagnostique	<b>Type de la lésion</b>
<input type="checkbox"/> Décision de traitement	<input type="checkbox"/> Carcinome basocellulaire
<input type="checkbox"/> Surveillance après traitement	<input type="checkbox"/> Carcinome spinocellulaire
<input type="checkbox"/> Autre motif (à détailler):	<input type="checkbox"/> Mélanome
	<input type="checkbox"/> Lymphome <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :

<b>Antécédents/comorbidités notables :</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Troubles des fonctions supérieures</li><li><input type="checkbox"/> Immunosuppression</li><li><input type="checkbox"/> Autre (à détailler):</li></ul>	<b>Capacité de vie (selon OMS) :</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
<b>Traitements en cours :</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Traitement anticoagulant</li><li><input type="checkbox"/> Autres (à détailler):</li></ul>	<input type="checkbox"/> 0 : Activité normale avec ou sans signes mineurs <input type="checkbox"/> 1 : Activité normale avec effort, signes ou symptômes <input type="checkbox"/> 2 : Incapacité de travailler ou de mener une vie normale <input type="checkbox"/> 3 : Nécessité d'aide importante et assistance médicale <input type="checkbox"/> 4 : Incapacité sévère, grabataire, phase terminale

<b>RENSEIGNEMENTS SUR LA LESION</b>		
<b>Ancienneté :</b>		
<b>Localisation :</b>	côté : <input type="checkbox"/> droit	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> médian
<b>Taille :</b>		
<b>Histologie :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
<i>(Si OUI, merci de joindre le compte-rendu)</i>		
<b>Diagnostic :</b>		
<input type="checkbox"/> Tumeur primitive ?		<input type="checkbox"/> Récidive ?

<b>AUTRES RENSEIGNEMENTS</b>	
Le patient est-il au courant du diagnostic ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
En cas de chirurgie, souhaitez-vous que le patient soit pris en charge dans le service ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
En cas de bilan, souhaitez-vous que le patient soit pris en charge dans le service ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

⇒ **Merci de faxer ce document avec l'examen anatomo-pathologique au 01 34 23 22 61**

⇒ **Ou de le poster** (Service de Dermatologie, Hôpital V. Dupouy, 69 rue du LC Prudhon, 95100 Argenteuil)

⇒ **Ou de l'adresser par mail** ([rcp\\_oncodermatologie@ch-argenteuil.fr](mailto:rcp_oncodermatologie@ch-argenteuil.fr))