

Documents à joindre :

- CRA CRO
 CR consultations
 imagerie

Le recueil du consentement du patient est à la charge du médecin demandeur

FICHE RCP de recours THORAX REGIONAL BRETAGNE



Demandeur :	☎ :	Mail sécurisé :
Généraliste :	Spécialistes :	

IDENTITE PATIENT :

Nom d'usage :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M : <input type="checkbox"/> F
Date de naissance : / /	Ville d'habitation :	

ANTECEDENTS :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Capacité de vie (OMS) :

Classification : T :	N :	M, :	pT :	pN :	pM :	R :
Stade :						
Fonction respiratoire et VEMS :						
Siège de la tumeur primaire :					Date du prélèvement : / /	
Taille :	Anapathologie : type					
Grade :	Marges :			Relecture : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Tumorothèque : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

QUESTION :

REPONSE DE LA RCP :

DEMANDE A TRANSMETTRE AU SECRETARIAT DU POLE REGIONAL

Pôle régional de cancérologie de Bretagne				
SITE	Secrétaire RCP	Adresse mail sécurisée	☎	Télécopieur
Site de Rennes	Valérie Decobecq Sophie Le Mann	poleregionalcancerologie@telesante.bretagne.org	02 99 28 99 56	02 99 28 99 68
Site de Brest	Laurence Guen	secretariat-cancerologie.chu-brest@medical29.apicrypt.org	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67