|  |
| --- |
|  |

# Prise de rendez-vous nouveau-cas

**DATE DE LA DEMANDE :**

## INFORMATION PATIENT

NOM ET PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TEL :

IPP (CHUV) :

## MEDECINS

MEDECIN / SERVICE DEMANDEUR :       TEL :

ONCOLOGUE :       TEL :

MEDECIN TRAITANT :       TEL :

AUTRE :       TEL :

## MALADIE

* PRIMITIVE : [ ]  DIGESTIVE [ ]  GYNECOLOGIQUE [ ]  AUTRE

COMMENTAIRE :

 DATE DU DIAGNOSTIC INITIAL ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­:

* CARCINOSE confirmée par [ ]  BIOPSIE [ ]  IMAGERIE [ ]  AUTRE

## TRAITEMENTS EFFECTUES

* CHIRURGIE [ ]  LAPAROTOMIE NOMBRE : ­­      DATE(S) :

[ ]  LAPAROSCOPIE NOMBRE : ­      DATE(S) :

[ ]  CHIP NOMBRE : ­      DATE(S) :

* CHIMIO 1er ligne PROTOCOLE :      DATE(S) :

2eme ligne PROTOCOLE :       DATE(S) :

3eme ligne PROTOCOLE :       DATE(S) :

* DERNIERE CURE : PROTOCOLE : ­­      DATE**:**

## IMAGERIE RECENTE

[ ]  CT THORACO-ABDO : [ ]  CARCINOSE [ ]  METASTASES DATE :

[ ]  PET-CT : [ ]  CARCINOSE [ ]  METASTASES DATE :

[ ]  IRM : [ ]  CARCINOSE [ ]  METASTASES DATE :

* IMAGES ENVOYEES LE:       [ ]  PACS [ ]  CD

## MARQUEURS

[ ]  CEA  [ ]  CA 125  [ ]  CA 15-3

[ ]  AUTRE : ­­­

## COLLOQUE MULTIDISCIPLINAIRE

INSTITUTION :       DATE :

DECISION :

Merci de nous faire parvenir les images ainsi que le dossier complet du patient !

Madame Sabine Jeannin, Rue du Bugnon 46-BH10 / 222, 1011 Lausanne Tél : 021 314 66 45

Fax : 021 314 23 70 à l’attention du Dr. M. Hubner ou sur chv.carcinose@chuv.ch