|  |
| --- |
|  |

# 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](mailto:chv.carcinose@chuv.ch)