

CONFIDENTIEL

QUESTIONNAIRE « AFFECTIONS TUMORALES »

(A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT)

IDENTITE

NOM :

(Nom de jeune fille éventuel)

PRENOM :

Date et lieu de naissance :

Profession actuelle :

Nature de l'affection tumorale

- bénigne / maligne :
- localisation :
- date de diagnostic :
- date de fin de traitement ou de surveillance active :

Type histologique et stade de référence retenus par la Réunion de Concertation

Pluridisciplinaire

.....
.....

Traitements

- Traitement néo-adjuvant : OUI NON

Type / Nom des produits :

.....

- Chirurgie : OUI NON

Type :

Date :

- Chimiothérapie : OUI NON

Post-chirurgie ? : OUI NON

Date de début :

Date de fin :

- Radiothérapie : OUI NON

Date de début :

Date de fin :

- Hormonothérapie : OUI NON

Nature/Nom du produit ou classe thérapeutique :

Date de début :

Date de fin :

- Greffe de moelle : OUI NON

Date :

Allogreffe : OUI NON

Autogreffe : OUI NON

Résultat ou complications :

- Autre(s) traitement(s) pour la pathologie en cause : OUI NON

Nature :

Date de début :

Date de fin :

Evolution

- Rémission :

Partielle : OUI NON

Complète : OUI NON

Date :

- Récidive(s) loco- régionale(s) :

Nombre :

Date de la dernière récurrence :

Nature :

- Récidive(s) métastatique(s) :

Nombre :

Date de la dernière récurrence :

Nature :

Bilan de surveillance

- Imagerie :

Date :

Nature(s) :

Résultat(s) :

- Marqueurs tumoraux : *

Date :

Nature :

Résultats :

- Endoscopie :

Date :

Nature :

Résultat :

Arrêt d'activité

- Date du premier arrêt :

- Date de reprise de travail :

A temps partiel :

A temps complet :

- Invalidité : OUI NON

Date :

Type :

Documents minimaux à joindre :

- ***Le compte rendu de la première RCP***
- ***Le compte rendu anatomo-pathologique***
- ***Le compte rendu de la dernière RCP***
- ***Les deux derniers compte- rendus de consultation du spécialiste en charge de la pathologie***

***En cas de LMC, la totalité des transcrits bcr-abl durant les 36 mois avant la souscription**

Certificat rédigé à la demande de la personne à assurer et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Date :

Signature & cachet du médecin :