

Nom du Praticien :

Date de la Consultation :/...../.....

Le médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Le patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Localisation tumorale :

Diagnostic : primo diagnostic ☐ récidive ☐ localisation II ☐

Date de la RCP :/...../.....

Schéma thérapeutique :

Chirurgie ☐

Chimiothérapie ☐

Radiothérapie ☐

Curiethérapie ☐

Autre : ☐

Ce que le patient son entourage savent

Le patient connaît le diagnostic OUI ☐ NON ☐

Le pronostic a-t-il été évoqué ? OUI ☐ NON ☐

Parle de sa maladie OUI ☐ NON ☐

La famille connaît le diagnostic OUI ☐ NON ☐ si oui, préciser

Ce qui a été dit

au patient :

Le mot cancer a-t-il été prononcé :

Par le patient : OUI ☐ NON ☐

Par le praticien : OUI ☐ NON ☐

Complications abordées :

Liées à la chirurgie : OUI ☐ NON ☐

Liées à la chimiothérapie : OUI ☐ NON ☐

Liées à la radiothérapie : OUI ☐ NON ☐

Autre :

SIGNATURE DU PRATICIEN :