|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CISSS_Laval_noir_DPE |  | **Identification de l’usager** No. Dossier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom à la naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Prénom :  **JOINDRE À LA VISITE : Sans Date** |
| **CONSULTATION DU COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER (CDTC)** Programme de cancérologie | |

**Informations générales**

Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC), spécifiez

 Digestif  Pneumologie  ORL  Sein

 Urologie  Hémato-oncologie  Thyroïde  Gynéco-oncologie

Médecin référent ou présentateur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Question spécifique au comité** :

Révisions de cas requis par :

 Radiologie  Médecine nucléaire  Anatomo-pathologie

 Autres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Renseignements médicaux**

Siège tumoral :

Stade (TNM) :

Données cliniques pertinentes :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CISSS_Laval_noir_DPE |  | **Identification de l’usager** No. Dossier :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom à la naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Prénom : Sexe : 🞏 F 🞏 M  Adresse :  Code postal: Tél. :  Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  N.A.M. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Exp :\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| **CONSULTATION DU COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER (CDTC)** Programme de cancérologie | |

**Recommandations du comité**

Recommandations :

Justifications :

Décision :  Unanime  Partagée

**Signature**

Médecin responsable du comité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No permis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_