



Identification de l'utilisateur No. Dossier : _____

Nom à la naissance : _____

Prénom : _____

CONSULTATION DU COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU
TRAITEMENT DU CANCER (CDTC)
Programme de cancérologie

JOINDRE À LA VISITE : _____ Sans Date

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 :

CONSULTATION DU COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU
TRAITEMENT DU CANCER (CDTC)
Programme de cancérologie

Identification de l'utilisateur No. Dossier : _____

Nom à la naissance : _____

Prénom : _____ Sexe : F M

Adresse : _____

Code postal: _____ Tél. : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

N.A.M. : _____ Exp : ____ / ____

Recommandations du comité

Recommandations :

Justifications :

Décision : Unanime Partagée

Signature

Médecin responsable du comité : _____ No permis : _____

Signature : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____