RCP ORL DE LA SARTHE
DERMATOLOGIE

Date de la présentation : /____/____/____/

Patient : Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe :

Médecin rapportant le cas : **Médecin traitant :**
Médecin oncologue : **Médecin(s) intervenant(s) :**
Médecin radiologue :

Diagnostic initial dans le 72 : **Oui ❑** **Non ❑**

Antécédents majeurs (en clair) :

Documents présentés à la RCP :

❑ Observation ❑ Imagerie ❑Anatomopathologie

Date histologie : /____/____/____/

Histologie :

Classification TNM :

Description des lésions

Plan Personnalisé de Soins (PPS) :
……
……
……
……

Signature obligatoire du médecin responsable de la RCP
Docteur C. LAFOND