

RCP ONCOLOGIE THYROÏDIENNE

Date de la présentation :

Patient : **Nom :**
 Date de naissance :

Prénom :
 Sexe :

Médecin rapportant le cas : Docteur

Médecin traitant : Docteur

Médecin(s) intervenant(s) : Docteur

Antécédents majeurs (en clair) :

.....

.....

Histoire clinique :

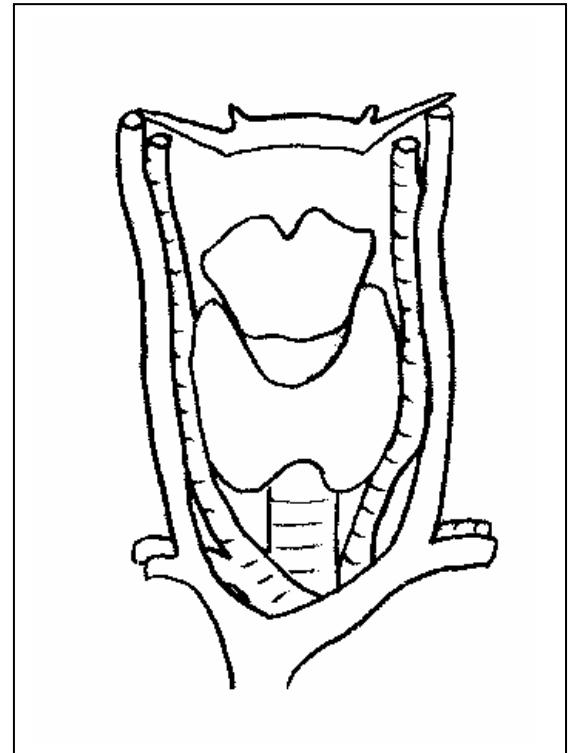
.....

.....

.....

.....

.....



Chirurgie :

Date	Thyroïde	Ganglions

Histologie :

.....

pT ___ N ___ M ___ Age

Biologie :

Date	TSH	Calcitonine	Tg	AC-Tg

Plan Personnalisé de Soins :

.....

.....

.....

Docteur MURATET

Docteur ANTIGNY

Docteur TASSY