

 Centre François Baclesse	FORMULAIRE	GEN.FO.06 Version 09
	ENREGISTREMENT	Date d'application : 17/07/2023
	Fiche de demande de rendez-vous de consultation au Centre François Baclesse	Pagination : 1 / 1

Données administratives	
Nom : _____ Prénom : _____ Matricule CNS : _____ GSM* : _____ E-mail : _____	En cas de nécessité (personne dépendante), coordonnées de la personne de confiance : Nom-Prénom : _____ GSM* : _____ E-mail : _____ <input type="checkbox"/> Le patient s'oppose à l'accès de son Dossier de Soins Partagé (DSP) par le Centre François Baclesse.
* Merci de nous fournir le GSM du patient pour nous permettre un rappel automatique de son RDV par SMS, la veille de la consultation	

Cible (case à cocher) :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Peau | <input type="checkbox"/> Sein | <input type="checkbox"/> Gynécologie |
| <input type="checkbox"/> Urologie – prostate | <input type="checkbox"/> Digestif | <input type="checkbox"/> Poumon – Thorax |
| <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Sarcome |
| <input type="checkbox"/> Hématologie | <input type="checkbox"/> Expertise toxicité inhabituelle | |
- Métastase
 - Maladie diffuse
 - Oligométastase
Indiquer la zone à traiter : _____
- Antécédent(s) de radiothérapie : Lieu : _____
- Patient à risque infectieux ou en isolement _____
- Demande d'avis d'expertise en oncologie-radiothérapie/R1

Expertise technique particulière :

-
- Curiethérapie
-
- Protonthérapie

Délai de début de traitement souhaité :

-
- Urgence médicale (compression médullaire, déficit neurologique brutal, hémorragie)
-
-
- Standard
-
- à spécifier : _____

Liste des pièces à adresser en complément de cette fiche remplie :

1. Courrier d'adressage précisant le motif, la synthèse de l'histoire oncologique, les dates de prochaines imageries ou RDV de consultation avec vous, la liste des médicaments
2. **Compte-rendu anatomo-pathologique en rapport direct avec le motif de consultation (obligatoire)**
3. **Compte-rendu opératoire si patient opéré dans le cadre d'une indication curative (obligatoire)**
4. Chimiothérapie applicable actuellement jusqu'aux 3 derniers mois
5. Compte-rendu des imageries récentes des 3 derniers mois (préopératoire et postopératoire si opéré (facultatif), + images sources à mettre à disposition dans le PACS du CFB
6. Compte-rendu de RCP validant l'indication de RT (facultatif)
7. Copie de formulaire S2 le cas échéant (pour les patients hors CNS) (facultatif)

➔ Merci de renvoyer ce bordereau complété [ainsi que les pièces](#) par mail (secrétaires@baclesse.lu) ou par courrier (Centre François Baclesse B.P. 436 L-4005 Esch/Alzette).

➔ [Pour la transmission d'un RDV](#), le bordereau doit impérativement être accompagné des pièces listées ci-dessus.

➔ [A réception du RDV](#), il vous appartient de le transmettre à votre patient.

Médecin adresseur (tampon et signature)
Téléphone : _____ E-mail : _____