

	FORMULAIRE	GEN.FO.06 Version 10
	DOSSIER PATIENT	Date d'application : 12/12/2024
	Fiche de demande de rendez-vous de consultation au Centre François Baclesse	Pagination : 1 / 1

Données administratives	
Nom : _____ Prénom : _____ Matricule CNS : _____ 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.	En cas de nécessité (personne dépendante), coordonnées de la personne de confiance : Nom-Prénom : _____ GSM* : _____ E-mail : _____ * 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	
<input type="checkbox"/> Métastase <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> Maladie diffuse <input type="checkbox"/> Oligométastase </div>	Indiquer la zone à traiter : _____	
<input type="checkbox"/> Antécédent(s) de radiothérapie : Lieu : _____		
<input type="checkbox"/> Patient à risque infectieux ou en isolement _____		
<input type="checkbox"/> 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 (rdv@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 : _____