

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

Données administratives	
Nom : _____	<b>En cas de nécessité (personne dépendante), coordonnées de la personne de confiance :</b>
Prénom : _____	Nom-Prénom : _____
Matricule CNS : _____	<b>GSM* :</b> _____
<b>GSM*</b> : _____	E-mail : _____
E-mail : _____	
<b>* Merci de nous fournir le GSM du patient pour nous permettre un rappel automatique de son RDV par SMS, la veille de la consultation.</b>	

**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 <input type="checkbox"/> Maladie diffuse      Indiquer la zone à traiter : _____<br><input type="checkbox"/> Oligométastase |  |  |
| <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](mailto: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 : \_\_\_\_\_