Centre François Baclesse	FORMULAIRE	**GEN.FO.06 Version 10**
	ENREGISTREMENT	Date d'application : 02/11/2023
	Fiche de demande de rendez-vous de consultation au Centre François Baclesse	Pagination : 1 / 1

Données administratives	
Nom : _____ Prénom : _____ Matricule CNS : _____ GSM* : _____ E-mail : _____ ☐ **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) :

☐ Peau
☐ Urologie – prostate
☐ ORL
☐ Hématologie
☐ Sein
☐ Digestif
☐ Neurologie
☐ Expertise toxicité inhabituelle
☐ Gynécologie
☐ Poumon – Thorax
☐ Sarcome
☐ 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 (secretaires@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 : _____