

### MÉDECIN DEMANDEUR

Date de la demande :...../...../.....

Nom :..... Prénom :.....

Tel :..... Mail :.....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

*(Indispensables pour la gestion des rendez-vous)*

Nom :..... Prénom(s) :.....

Nom de naissance :.....

Date de naissance :...../...../..... Lieu de naissance :.....

N° de sécurité sociale :...../..... (13 chiffres + clé)

Adresse :.....

Code postal :..... Commune résidence :.....

Tél. domicile :..... **TEL PORTABLE** :.....

Mail :.....

Pour des raisons de traçabilité, il est important d'avoir une **identification la plus précise possible** : une photocopie de la carte d'identité et/ou de la carte de sécurité sociale pourra même être demandée, en particulier en cas d'homonymie, de patronyme fréquent ou d'étude familiale complexe.

### ORGANE(S) CONCERNÉ(S)

 **SEIN**

Année :.....

 **OVAIRE**

Année :.....

 **CÔLON**

Année :.....

 **Atcd M.HODGKIN**

Année :.....

 **PROSTATE**

Année :.....

 **PANCRÉAS**

Année :.....

 **STATUT MSS TUMORAL**  
(à fournir)

AUTRE :.....

 **Estimation du risque pour une personne indemne** (*risque familial*) **Estimation du risque pour une personne malade** **Demande d'ATU**

Merci de joindre à la demande un **courrier du médecin prescripteur précisant le contexte exact** de cette demande de consultation.  
**En l'absence de ce document, aucun rendez-vous ne pourra être donné +++.**

**POUR UN PREMIER RENDEZ-VOUS**, demander à la personne si elle-même ou un membre de sa famille a déjà été vu(e) en consultation d'oncogénétique en Corse, à Marseille (IPC) ou dans un autre centre (Marseille, Nice...).

 Si oui, noter ci-dessous, avec le plus de précision possible, l'identité de la personne déjà prise en charge, avec :

Nom, Prénom(s):..... Nom de naissance :.....

Date de naissance :..... Lien de parenté :.....

Centre de consultation :..... N° de dossier :..... (si possible)

**Lieu souhaité pour la consultation d'estimation du risque de cancer** : (Sous réserve des disponibilités) **BASTIA** **CORTE** **AJACCIO****RENDEZ-VOUS À COMMUNIQUER :**  **AU MEDECIN** **AU PATIENT**