

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