

Questionnaire Tumeurs

Client

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	NPA / Lieu	<input type="text"/>
Sexe	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Numéro de client	<input type="text"/>	No de proposition	<input type="text"/>

Diagnostic

Date de découverte	<input type="text"/>	Date de la dernière consultation	<input type="text"/>	
Taille	<input type="text"/> cm	Poids	<input type="text"/> kg	
Tension (sys/dia)	<input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg	<input type="checkbox"/> traitée	Date	<input type="text"/>

	Non	Oui	Commentaires	Dates
Quel organe ou appareil est atteint?			<input type="text"/>	
Tumeur bénigne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>
Tumeur maligne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>
Histologie*			<input type="text"/>	
Métastase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>
Classification T.N.M., FIGO, A.J.C.C.			<input type="text"/>	
Traitement				
Chirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre chirurgie prévue?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quand? <input type="text"/>	<input type="text"/>
Radiothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		menée à terme <input type="text"/>
Chimiothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nombre de cycles <input type="text"/>	menée à terme <input type="text"/>
Greffe de moelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> allogénique <input type="radio"/> autologue	menée à terme <input type="text"/>
			Résultat <input type="text"/>	
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	

	Non	Oui	Commentaires	Dates	
Evolution					
Rémission complète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	depuis <input type="text"/>	
Récidive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nombre <input type="text"/>	dernière le <input type="text"/>	
Complications	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		
Bilans de surveillance					
Derniers examens pratiqués				<input type="text"/>	
- examen radiologique (organe ?)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
- scanner, IRM (organe ?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
- endoscopie (type)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
- marqueurs tumoraux*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
- autres examens*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Incapacité au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> complète	<input type="checkbox"/> partielle	Reprise du travail <input type="text"/>
Avez-vous connaissance d'autres maladies? Lesquelles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>					
Autres spécialistes traitants?					
<input type="text"/>					

Remarques

non

oui

* IMPORTANT

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

Médecin

Tél.

Fax

eMail

Date

Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à au service médicale de la mobilière.