

NOM et prénom du patient

Date de naissance

Adresse

Date de la demande :

DEMANDE D’EVALUATION GERIATRIQUE EN CANCEROLOGIE

Numéro de téléphone du service demandeur :

Médecin demandeur :

Médecin Hématologue, oncologue réfèrent :

Médecin traitant :

Date de la consultation d’annonce diagnostique (faite ou prévue)

Patient informé de la demande : OUI NON

Date du prochain suivi spécialiste :

1. Motif(s) de la demande

Avis avant traitement du cancer (joindre le test de dépistage de fragilité type outil ONCODAGE)

Avis en cours de traitement du cancer

Avis gériatrique sur pertinence d’exploration (suspicion cancer)

Patient hospitalisé OUI NON

Délai souhaité : avant le

2. Options thérapeutiques envisagées

Joindre le compte-rendu de la RCP avec propositions thérapeutiques

OU précisez :

Si **chirurgie**, précisez : le type et durée de l’intervention :.....

La voie d’abord Les pertes sanguines prévisibles.....

Si **chimiothérapie/thérapies ciblées/immunothérapies/hormonothérapies**, précisez le schéma thérapeutique

.....

Si **radiothérapie**, précisez : Le nombre de séances et doses :