

ETABLISSEMENT DEMANDEUR

Étiquette patient(e)

NOM et prénom du (de la) patient(e)

Date de naissance

Adresse

Date de la demande :

## DEMANDE D'ÉVALUATION GÉRIATRIQUE EN CANCÉROLOGIE

Numéro de téléphone du service demandeur :

Médecin demandeur : .....

Médecin hématologue, oncologue référent : .....

Médecin traitant : .....

Date de la consultation d'annonce diagnostique

Patient(e) informé(e) 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(e) hospitalisé(e)

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**, joignez le schéma thérapeutique

.....

Si **radiothérapie**, précisez le nombre de séances et les doses : .....

**3. Objectif du traitement envisagé :**  Symptomatique  Palliatif  Curatif