Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'Île-de-Montréal

CNM08065

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

Programme de cancérologie

DEMANDE DE CONSULTATION - COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER (CDTC)

Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal

Ne rien inscrire dans la marge

Informations générales

Médecin référent : _____

Priorité clinique pour la date de présentation :
☐ Urgent prochain CDTC ☐ D'ici 2 semaines ☐ À présenter le : AAAA/MM/JJ

Stade (TNM) : _____

Diagnostic : _____

Question spécifique au comité : _____

Renseignements et résultats cliniques (Historique médical)

Siège tumoral (CDTC dans lequel vous voulez discuter du cas) :	☐ Cérébral ☐ Génito-urinaire ☐ Hématologie ☐ Sein ☐ Poumon ☐ Hépatique ☐ Digestif ☐ Gynécologie ☐ Thyroïde, tête et cou ☐ Autres : _____

Données cliniques pertinentes (Comorbidités, traitements reçus à ce jour, pathologie, imagerie, etc.) :

Spécialités requises pour la présentation du cas au comité du diagnostic et du traitement du cancer N'exclut pas la présence d'autres spécialités médicales pour la présentation du cas

Spécialités requises :			
	☐ Radiologie	☐ Neurochirurgie	☐ Gastro-entérologie
	☐ Radio-oncologie	☐ Endocrinologie	☐ Médecine palliative
	☐ Pathologie	☐ Gynécologie	☐ Médecine nucléaire
	☐ Hémato-oncologie	☐ Urologie	☐ Pharmacie
	☐ Chirurgie générale	☐ Pneumologie	☐ Psychiatrie
	☐ Chirurgie thoracique	☐ ORL	☐ Autres : _____

Nom et prénom de l'intervenant	Permis/profession	Signature de l'intervenant
AAAA/MM/JJ	HH :MM	