



Fiche de demande de radiothérapie

Identification du DOC
FOV/2020/0018

Version du DOC
007

Date d'application
01/12/2020

Pagination
1/1

A ADRESSER AU SECRETARIAT DE RADIOTHERAPIE



secretariat.radiotherapie@clermont.unicancer.fr



04.73.27.81.25

DATE DE L'APPEL :

.. / .. / ..

Oncologue radiothérapeute
contacté :

.....

INFOS PATIENT & MEDECIN DEMANDEUR :

NOM et Prénom du patient :

Date de naissance du patient :

Adresse du patient :

Numéro(s) de téléphone du patient :

Médecin demandeur :

Service et établissement :

N° de tel et fax :

Patient hospitalisé : OUI NON

Si oui, merci de nous préciser le lieu :

DOCUMENTS A ENVOYER :

- Anatomopathologie
- Compte rendu d'imagerie(s)
- Compte rendu de RCP
- Courrier(s) récent(s)
- Compte rendu opératoire
- Compte rendu d'examen(s)

CIBLE A IRRADIER & HISTOIRE DE LA MALADIE :

CIBLE A IRRADIER :

Stade, histologie :

Syndrome algique ? : OUI NON **URGENT**

Etat général/Coopération :

Dispositif cardiaque ? : OUI NON

Résumé de la maladie en rapport avec la demande : (date des traitements) et antécédents pertinents :

.....
.....

Antécédents de radiothérapie : OUI NON

(Si oui : dose, localisation et lieu du traitement) :

.....
.....

Traitement anticancéreux en cours :



**CE DOCUMENT SERA PRIS EN COMPTE SEULEMENT
SI TOUS LES CHAMPS SONT REMPLIS ET/OU COCHES.**