



Formulaire de demande d'Évaluation Oncogériatrique

Demander

Date de la demande : ___ / ___ / ___

Nom du médecin demandeur : _____ Service/Etablissement : _____

Identité du patient	Si le patient est extérieur à l'établissement
Nom :	Adresse :
Prénom :	Tél :
DDN : ___ / ___ / ___	Nom et tél du MT :
	Adresse du MT :

Score G8 : ___/14

Information sur la prise en charge

Diagnostic et stade de la maladie :

Date du diagnostic : ___ / ___ / ___

Traitements cancérologiques déjà réalisés :

Chirurgie : le ___ / ___ / ___ Oncologie : début le ___ / ___ / ___ Radiothérapie : début le ___ / ___ / ___

Autre : _____ : début le ___ / ___ / ___

Projet thérapeutique envisagé :

Chirurgie : le ___ / ___ / ___ Oncologie : début le ___ / ___ / ___ Radiothérapie : début le ___ / ___ / ___

Autre : _____ : début le ___ / ___ / ___

RDV déjà pris :

.....

.....

Question posée :

.....