

## Fiche de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

N° RCP	Unité de concertation pluridisciplinaire	Date de la RCP

Participants

### Informations relatives au patient :

Hôpital :  Motif de la présentation :

Nbre de RCP :  NIP :

Nom	Prénom	Date de Naissance

Médecin référent	Médecin traitant	Autre professionnel

Classification TNM si chirurgie      T :       N :       M :

---

### Histoire de la maladie :

Clinique ou localisation tumorale :

Anatomo-pathologie :

---

### Décision :