



Surveillance alternée des patients atteints de cancer colorectal

<u>Tampon ou nom du médecin</u>	<u>Patient</u>
	Nom / Prénom : _____
	Date de naissance : ____/____/____
	N° _____

Date de la consultation : ____/____/____

Consultation N° : _____

Etat Général :

Poids / ____ / kg Asthénie oui non

Anorexie oui non

Douleurs abdominales oui non

Modification récente du transit oui non

Présence de sang dans les selles oui non

Signes fonctionnels respiratoires oui non

Autres signes : _____

EVA : _____

Examen clinique :

Palpation abdominale : douleur masse hépatomégalie

Autre : _____

Auscultation pulmonaire : N aN

TR : N aN non fait

Description si anomalie : _____

Aires Ganglionnaires (inguinales, claviculaire G) : N aN

Séquelles thérapeutiques :

Cicatrice N aN

Post radiothérapie : _____

Autre : _____

Bilan paraclinique

Echographie abdomino-pelvienne : date : ____/____/____ N aN

Radiographie du thorax : date : ____/____/____ N aN

Coloscopie : date : ____/____/____ N aN

Examens non systématiques :

ACE (si élevé avant traitement curatif) : date : ____/____/____ N aN

TDM TAP : date : ____/____/____ N aN

Autres : date : ____/____/____ N aN

Description si anomalies : _____

Traitement en cours :

Conclusion :

Evolution : absence de récidence doute sur récidence

Décision prise : bilan alerter l'oncologue référent

Date du prochain RV : ____/____/____