**Consultation Multidisciplinaire** date : JJ.MM.2021

Concerne : né le :

Médecins traitants : -

Présenté par : Dr

Type de cas : P  R  M  Découverte fortuite OUI  NON

**Présentation pré thérapeutique 1ère  2ème  3ème**

**Présentation post thérapeutique 1ère  2ème**

**Diagnostic :**

TNM: (date) Gleason: (date) PSA : (date = JJ.MM.AAAA)

Diagnostic annoncé le : JJ.MM.AAAA

Consentement signé le : JJ.MM.AAAA

Date de la biopsie de diagnostic : JJ.MM:AAAA

**AF** :

**AP** :

**AA**:

**Imageries réalisées :** (type + lieu + date)

**Status**:

**Bilan d’extension** :

**Traitement effectué :**

**Evolution :**

**Proposition/question :**

|  |
| --- |
| **Recommandation de la CMD:**  Dr WAELCHLI Laurent  Modérateur |