



Demande d'évaluation cardio-oncologique avant, pendant ou après traitement antinéoplasique à potentiel toxique cardiaque ou vasculaire

Patient

Nom de naissance :

Prénom :

Nom d'épouse :

Né(e) le :

Médecin prescripteur

Nom, prénom :

Médecine générale Oncologie Hématologie Radiothérapie Autre

Néoplasie en traitement

Type de néoplasie (si cancer du sein, préciser le côté) :

Date de diagnostic :

Stade évolutif : T+ N+ M+ Maladie hématologique

Autre classification :

Traitement : Adjuvant Métastatique

Traitements antérieurs

Radiothérapie thoracique

Date dernière irradiation :

Chimiothérapie

Si oui anthracyclines , préciser la DCI :

dose cumulée équivalent doxorubicine : mg/m²

date dernière cure :

Anti Her2 , préciser la DCI :

date dernière administration :

Anti VEGF(R) non ITK , préciser la DCI :

date dernière administration :

Inhibiteur tyrosines kinases , préciser la DCI :

Inhibiteur protéines kinases , préciser la DCI :

Hormonothérapie , préciser la DCI :

Autres , préciser la DCI :

Traitement envisagé

Radiothérapie thoracique

Chimiothérapie

Si oui anthracyclines , préciser la DCI :

Anti Her2 , préciser la DCI :

Anti VEGF(R) non ITK , préciser la DCI :

Inhibiteur tyrosines kinases , préciser la DCI :

Inhibiteur protéines kinases , préciser la DCI :

Hormonothérapie , préciser la DCI :

Autres , préciser la DCI :