

## QUESTIONNAIRE PATIENT - IDENTIFICATION DES REFERENTS

Identification du patient :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ...../...../.....

Liste des professionnels référents choisis **uniquement** pour le suivi de cette prédisposition génétique au cancer :

----- **OPTIONNEL** -----

### Radiologue

Nom :

Adresse :  
-----

### Dermatologue

Nom :

Adresse :  
-----

### Chirurgien Digestif

Nom :

Adresse :  
-----

### Urologue

Nom :

Adresse :  
-----

### Autre

Nom :

Adresse :

-----  
**Médecin traitant**

Nom :

Adresse :  
-----

**Gynécologue**

Nom :

Adresse :  
-----

**Gastro-entérologue**

Nom :

Adresse :

**Date des derniers examens de surveillance**

- **Coloscopie** ...../...../.....  Normale  Anormale
- **Gastroscopie (fibroscopie gastrique)** ..../.../....  Normale  Anormale
- **Autres examens ou consultations réalisés :**

En cas de modification des médecins référents, vous vous engagez à prévenir les médecins initialement désignés et à signaler vos nouveaux référents au réseau.

Date et signature :