

Fiche de surveillance cancer colorectal

Nom / prénom : N° dossier :
 Date de naissance :
 Date de la consultation : Consultation n° :
 Nom du médecin ayant effectué la consultation :

État général

Poids (en kg) :
 EVA :
 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 :

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 :
 Description si anomalie :

Traitement en cours :

Conclusion

Évolution : Absence de récurrence Doute sur récurrence
 Décision prise : Bilan Alerter oncologue référent