



---

**FICHE PERSONNELLE PATIENT**

**DATE DU PREMIER CONTACT :**

**IDENTITE DU PATIENT :**

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Adresse :
- Pays :
- Tel : - Email :

**CONTACTS IMPORTANTS :**

- Contact patient :
- Médecin traitant :
- Hôpital d'affiliation :
- Traitement en cours :
- Neuro-oncologue :
- Neuro-chirurgien :

**INFORMATIONS MÉDICALES :**

- Date du diagnostic :
- Identification de la tumeur :
- Mutations génétiques connues :
- IRM :
- Le patient a-t-il déjà été opéré ?
- Si oui, biopsie ou chirurgie :
- Rapport de pathologie :
- Rapport de biologie moléculaire :

**COMMENT LE PATIENT A T IL CONNU GLI-HOPE ?**

**FORMULAIRE D'AUTORISATION DE CONSULTATION DU DOSSIER MÉDICAL :**

Je soussigné(e) .....autorise l'association Glihope à transmettre mon dossier médical aux médecins et consultants de l'association et je m'engage à ne poursuivre d'aucune manière l'association Glihope pour tous les conseils de soins et traitements proposés par Glihope.

Fait à .....

Le.....

Signature :