UroCCR
RÉSEAU FRANÇAIS DE RECHERCHE SUR LE CANCER DU REIN

Fiche de demande Adhésion Réseau UroCCR

Nom de centre :

CONTACTS :

-Nom du responsable coordonnateur :
E-mail :
Tel :

-Nom du Chirurgien Urologue :
E-mail :
Tel :

-Nom de l'Oncologue :
E-mail :
Tel :

-Nom du Radiologue :
E-mail :
Tel :

-Nom de l'anatomopathologiste :
E-mail :
Tel :

-Nom du Contact CRB :
E-mail :
Tel :

-Nom de l'Attaché de Recherche Clinique :
E-mail :
Tel :

DESCRIPTION DU CENTRE :

Nombre de patients pris en charge pour Cancer du Rein sur le Centre par an :

Nombre de Néphrectomie partielle par an :

Nombre de Néphrectomie totale par an :

Organisation Locale :

Présence d'un CRB : ❒ OUI ❒ NON

Laboratoire Anatomopathologie dans la structure : ❒ OUI ❒ NON

Radiologie interventionnelle : ❒ OUI ❒ NON

MOTIVATIONS :

AVIS DU COMITÉ DIRECTEUR :

Date :

Positif : ☐ Négative : ☐

Commentaires :