

Nom : Prénom : Sexe : M  F

Date de naissance : Adresse :

Médecin déclarant :

J'ai informé le patient de l'informatisation de son dossier.

**1- PRISE EN CHARGE INITIALE**

**Antécédents et co-morbidité ayant un impact sur la décision thérapeutique :**

Immunodépression : oui  non

**Signes cliniques :**

**Découverte :** Dépistage individuel  Dépistage organisé  Manifestation clinique

**Dépistage Onco-Gériatrie :** oui  non  **Score :** **Evaluation :** oui  non  Programmée   
Ne sait pas

**Siège de la tumeur primitive :**

**Côté :** Bilatéral  Droit  Gauche  Médian  Non Applicable

**Type histologique :**

**Date prélèvement :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Marges exérèse :** .....

**Indice de Breslow :** .....

**Niveau Clark :** .....

**Index mitotique :** .....

**Régression :** oui  non  **Ulcération :** oui  non  **G+/GS :** ..... **N+/N :** .....

**Mutation BRAF :** oui  non  Ne sais pas  **Mutation cKIT :** oui  non  Ne sais pas

**Bilan d'extension initial :**

**Classification AJCC :** **Classification :** T N M , pT pN pM R

**2 - EVOLUTION / RECHUTE :** **Rechute :** oui  non  Ne sais pas

**Capacité de vie OMS/performans status :** 0  1  2  3  4

**Mutation BRAF :** Oui  Non  Ne sais pas  **Mutation cKIT :** Oui  Non  Ne sais pas

**Histoire de la maladie et traitements antérieurs (préciser les dates d'exams) :**

**Bilan d'extension (préciser les dates d'exams) :**

**Traitement prévu/ Surveillance :**

**Application référentiel ?** Non  Oui  lequel ?.....