

**INITIALES PATIENT(E) :**

**RCP du :** Cliquez ici pour entrer une date.

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Sexe :  H  F

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : Cliquez ici pour entrer une date.

CP / Ville de résidence :

**Médecin demandeur :**

**Médecin traitant :**

**Autres médecins :**

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

**Facteurs de risques**

Fumeur actif  Ancien Fumeur  N'a jamais fumé \_\_\_\_\_ paquets/années

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

Exposition professionnelle  Amiante  Autre :

**Autres facteurs de risques :**

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**MERCI DE JOINDRE DE FACON SYSTÉMATIQUE : LE CR D'ANATOMOPATHOLOGIE + LE CR OPÉRATOIRE**

**DONNEES MEDICALES**

**Phase de la maladie :**  Phase initiale  Rechute **Progression :**  Locale  Régionale  A distance

**Echelle de performance OMS :**  0  1  2  3  4  5 **Date d'observation :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Description de la situation clinique actuelle :**

**Préservation de la fertilité :**  Faite/programmée  Non concerné/non adapté  A prévoir Préciser :

**Ménopause :**  Oui  Non  Périménopause

**Score G8 :** \_\_\_\_\_ **Date :** Cliquez ici pour entrer une date. **Consultation Oncogériatrique :**  Oui  Non  Programmée

**Patient concerné par une PEC Adolescent et Jeune Adulte (AJA) – Patient âgé de 15 à 25 ans :**  Oui  Non

**Discussion en RCP en présence d'un pédiatre :**  Faite  Programmée  A programmer

**Commentaires :**

**DONNEES CONCERNANT LA TUMEUR**

**Type :**  Primitif  Secondaire  Inconnu

**Siège de la tumeur (code CIM) :**

Commentaire localisation :

**Latéralité :**  Droite  Gauche  Médian  Bilatérale

**INITIALES PATIENT(E) :**

Tumeur multifocale  Tumeur multicentrique **Précisez :**

Taille clinique de la tumeur (en mm) : **ACR droit :** **ACR gauche :**

**T N M** Autres stades :

**Classification FIGO :** **Score de Fagotti (ovaires) :** **Stadification (coelioscopie) :**  Oui  Non

**Bilan d'extension initial :**

**Prélèvement :**  Histologie  Cytologie du : Cliquez ici pour entrer une date.  Pas d'histologie

**Type histologique (ADICAP) :**  Tumeur rare

**Conclusion du CRO (à compléter si document non joint) :**

**Conclusion du CR ACP (à compléter si document non joint) :**

**Commentaires/tumeur :**

y  pT  pN  pM  R

**État des marges :**

**Taille histologique de la tumeur (mm) :**

**MSBR (EE/SBR) :** **Précisions SBR :**

**GS+/GS :** **Curage N+/N :**

**RE (%) :** **RP (%) :** **Ki67(%) :** **HER2-neu :** **Hybridation in situ :**

**Carcinome in situ associé (CIS) :**  Oui  Non

**Tests génomiques prédictifs (ex : ONCOTYPE, PAM 50, Endopredict...) :**

**Biologie Moléculaire/génétique :**  Disponible  Non demandé  En attente

**Mutations somatiques (portées par la tumeur) :**

**BRCA1 :**  Non fait  Mutation  délétère Mutation sans signification  Pas de mutation

**BRCA2 :**  Non fait  Mutation  délétère Mutation sans signification  Pas de mutation

**P53 :**  Oui  Non  Non recherché  Inconnu  En attente

**Autres :**

**Mutations germinales (portées par le patient) :**

**BRCA1 :**  Non fait  Mutation  délétère Mutation sans signification  Pas de mutation

**BRCA2 :**  Non fait  Mutation  délétère Mutation sans signification  Pas de mutation

**HNPCC :**  Oui  Non  Non recherché  Inconnu  En attente

**Autres :**

**Commentaires / Biologie Moléculaire :**

**Commentaires / Tumeur :**

**PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

**Question posée :**

Relecture de l'imagerie par le radiologue :  Oui  Non

**Statut du cas présenté :**  Discuté  Enregistré

**Type de proposition :**

Décision de traitement  Décision reportée  Surveillance  Nécessité d'exams complémentaires  
 RCP de recours régionale  RCP de recours inter-régionale  RCP de recours national

**Prise en charge :**

Chimio-embolisation  Chimio radio-concomitante  Chirurgie  Chimiothérapie  Curiethérapie  
 Hormonothérapie  Immunothérapie  Irathérapie  Nécessité d'exams complémentaires  
 Radio-embolisation  Radio-fréquence  Radiothérapie  Soins palliatifs/soins de support  
 Surveillance  Thérapie ciblée  Autre

**Description de la proposition de prise en charge :**

Proposition correspondant à la recommandation/au référentiel de pratique clinique

Proposition d'inclusion dans un essai clinique **Nom de l'essai :**