

**INITIALES PATIENT(E) :**

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

**IDENTIFICATION DU PATIENT :**

Nom d'usage :

Prénom :

CP / Ville de résidence :

Sexe :  H  F

Nom de naissance :

Date de naissance : Cliquez ici pour entrer une date.

**Médecin demandeur :**

**Médecin traitant :**

**Chirurgien :**

**Établissement de prise en charge :**

**Pneumologue :**

**Autres :**

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

**Facteurs de risques :**  Fumeur actif  Ancien Fumeur  N'a jamais fumé \_\_\_\_\_ paquets/années

Intoxication alcoolique :  Oui  Non  Sevré

Exposition professionnelle :  Amiante  Autre :

**Autres facteurs de risques :**

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

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

**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.

**Fonction respiratoire du :** Cliquez ici pour entrer une date.

**VEMS (L) :** **VEMS (% de la théorique) :** **DLCO/TLCO (% de la théorique) :**

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

Préciser :

**Score G8 :** **Date :** Cliquez ici pour entrer une date.  
Programmée

**Consultation Oncogériatrique :**  Oui  Non

**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

**Description de la situation clinique actuelle :**

**INITIALES PATIENT(E) :**

## TUMEUR

Type :  Primitif  Secondaire  Inconnu

**Siège de la tumeur (code CIM) :**

Commentaire localisation :

Latéralité :  Droite  Gauche  Médian  Bilatérale

**T N M** Autres stades :

**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) :**

y **pT** **pN** **pM** **R**  
Immunohistochimie PDL1 :  < 1%  entre 1 et 49%  ≥50%  En attente

**Mutations somatiques portées par la tumeur :** Translocation ALK :  +  -  En attente  Non cherché  
EGFR :  Muté  Sauvage  En attente  Non cherché  
ROS1 :  +  -  En attente  Non cherché  
Autres :

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

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

**Commentaires sur la Biologie Moléculaire :**

**Commentaires sur la tumeur :**

## PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE

**Question posée :**

Relecture de l'imagerie par le radiologue :  Oui  Non

**Type de proposition :**

Décision de traitement  Décision reportée  Surveillance  Nécessité d'examen 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  Irradiation  Nécessité d'examen 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 :