

**Date de la RCP :** Enregistrement sans demande d'avis  Demande d'avis   
**Nom :** Prénom : Sexe : M  F   
**Date de naissance :** Adresse :

**Médecin demandeur :**

J'ai informé le patient cité ci-dessus de son passage en RCP et de l'informatisation de son dossier. Il a consenti à ce que ces informations puissent être transmises à des fins médicales aux destinataires de cette fiche.

**Médecin Traitant :**

**Médecin(s) Référent(s) :**

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

**Dépistage onco-gériatrie :** oui  non  **Score :** **Evaluation :** oui  non  programmée

**Histoire de la maladie :**

Clinique :

Bilan d'imagerie :

Résultat de l'écho-endoscopie : us T.....N.....M.....

**Constatations endoscopiques : Date de la procédure : ...../...../20.....**

**Taille :** ..... mm

**Localisation :**  Oesophage Epidermoïde  Oesophage Barrett (C :.... M :.... Lésion visible :  Non  Oui)  
 Estomac  Duodénum  Papille  Colon  Rectum  Autres, préciser localisation : .....

**Classification de Paris:** "Pédiculé  0-Ip "Sessile  0-Is  
 Plan-surélevé  0-IIa "Plan-Plan  0-IIb "Plan-déprimé  0-IIc "Excavé  0-III

**Si LST\* :**  Granulaire  Non Granulaire  Homogène  Inhomogène

**Type de résection :**  Polypectomie  Mucosectomie monobloc  Mucosectomie peacemeal (nbre fragments : ...)  ESD  Autres : .....  
 Complément de destruction au plasma argon :  Non  Oui  
 Impression endoscopique de résection complète :  Non  Oui  
 Modalités de la résection :  Monobloc  Peacemeal

**Compte rendu anatomopathologique :**

**Diagnostic :** .....

Différenciation cellulaire :  Bien/moyt  Peu Différencié

Taille de la pièce : .....mm x ..... mm  Fragments

**Lésion :** Diamètre total (A) : ..... mm

Marges latérales :  Saines  DBG  DHG  Infiltrantes

**Diamètres du cancer :**

Epaisseur du cancer (B) : ..... mm ;  NE

Carcinome Intra-muqueux :  M1  M2  M3 ( M4 que pour EBO)

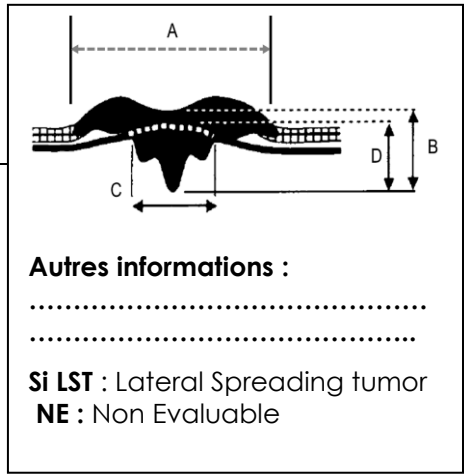
Envahissement de la sous muqueuse (D) :  Non  Oui..... µm  NE

si Oui, largeur de l'envahissement (C) : ..... µm ;  NE

si Oui, marge profonde : ..... µm

Embole :  Non  Oui

Budding:  Non  Oui ;  score1 (<5)  score2(5-9)  score3(≥10)



**Motif de la RCP :** Ajustement thérapeutique  Avis diagnostique  Décision de traitement   
 Prise en charge initiale  Autre

**Question posée :**

**Proposition de la RCP :**