**RCP du**  **Médecin demandeur :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

**Nom de naissance** :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Nom d’usage** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Sexe** [ ]  H [ ]  F

**Date naissance** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. **CP / Ville de résidence** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Etablissement de prise en charge** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Correspondants du patient : Médecin traitant :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

 Pneumologue : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

 Chirurgien : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

 Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Antécédents et comorbidités**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Histoire de la maladie**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Antécédents de neurofibromatose** : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Suspecté

**Prise en charge antérieure** : [ ]  Surveillance radiologique [ ]  Irradiation [ ]  Chirurgie

**Symptômes** : [ ]  Syndrome vestibulaire [ ]  Atteinte du V droite [ ]  Atteinte du V gauche [ ]  Atteinte du VII [ ]  Autres

**Données médicales**

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

**Capacité de vie / OMS / Performance Status** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date d’observation :

**Classification de KOOS :** [ ]  Stade 1 [ ]  Stade 2 [ ]  Stade 3 [ ]  Stade 4

**Date de l’Audiogramme :**

**Classification de Gardner-Robertson :** Grade à droite : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

 Grade à gauche Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Description de la situation clinique actuelle** :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Préservation de la fertilité** : [ ]  Faite/programmée [ ]  Non concerné/non adapté [ ]  A prévoir Préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Score G8** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date : **Consultation Oncogériatrique** : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Programmée

**Données concernant la tumeur**

**Type** : [ ]  Primitif [ ]  Secondaire [ ]  Inconnu

**Siège de la tumeur (code CIM)** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Commentaire localisation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Latéralité : [ ]  Droite [ ]  Gauche [ ]  Médian [ ]  Bilatérale

**Bilan d’extension initial** :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Prélèvement**: [ ]  Biopsie [ ]  Exérèse partielle [ ]  Exérèse subtotal [ ]  Exérèse complète du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. [ ]  Pas d’histologie

**Type histologie** (ADICAP) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.[ ]  Tumeur rare

**Grade :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Commentaires sur la Biologie Moléculaire :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Commentaires sur la tumeur :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Proposition de prise en charge**

**Question posée :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Relecture de l’imagerie par le radiologue : [ ]  Oui [ ]  Non

**Proposition de prise en charge :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Proposition d'inclusion dans un essai clinique :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.