**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.