

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.