

INITIALES PATIENT(E) :

RCP du : Cliquez ici pour entrer une date.

IDENTIFICATION DU PATIENT	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Nom d'usage :	Nom de naissance :
Prénom :	Date de naissance : Cliquez ici pour entrer une date.
CP / Ville de résidence :	

Médecin demandeur :

Médecin traitant :

Autres médecins :

ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS

HISTOIRE DE LA MALADIE

MERCI DE JOINDRE DE FAÇON SYSTÉMATIQUE : LE CR D'ANATOMOPATHOLOGIE + LE CR OPÉRATOIRE

Traitements concomitants pertinents :

Facteurs de risques

Fumeur actif Ancien Fumeur N'a jamais fumé paquets/années

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

Phototype :	<input type="checkbox"/> I – Roux, blond pale	<input type="checkbox"/> II – Blond, yeux clairs, peau claire	<input type="checkbox"/> III.a – Chatain, yeux clairs
	<input type="checkbox"/> III.b – Châtain – Yeux foncés	<input type="checkbox"/> IV – Brun, yeux foncés	
	<input type="checkbox"/> V – Peau mate, yeux et cheveux foncés, asiatique, métis		<input type="checkbox"/> Noir

Immunodépression Oui Non

Autres facteurs de risques :

DONNÉES MÉDICALES

Situation clinique actuelle :

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.

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

Score G8 : Date : Cliquez ici pour entrer une date. **Consultation Oncogériatrique :** Oui Non

Programmée

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

Commentaires :

INITIALES PATIENT(E) :

TUMEUR

Type : Primitif Secondaire Inconnu

Siège de la tumeur (code CIM) :

Commentaire localisation :

Latéralité : Droite Gauche Médian Bilatérale

Taille clinique de la tumeur (en mm) :

Stades AJCC Initial Stade T : Stade N : Stade M :

Actuel Stade T : Stade N : Stade M :

Bilan d'extension initial :

Prélèvement : Exérèse Biopsie du : Cliquez ici pour entrer une date. Pas d'histologie

Taille histologique de la tumeur (mm) :

Marges cliniques d'exérèse (mm) : Latérales : Profondes :

Marges histologiques d'exérèse (mm) : Latérales : Profondes :

Indice de Breslow :

Niveau Clark : I II III IV V

G+/G : N+/N :

Régression : Oui Non Ulcération : Oui Non Métastases :

Type histologique (ADICAP) :

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

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

Commentaires/tumeur :

PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE

Question posée :

Statut du cas présenté : Discuté Enregistré

Type de proposition :

<input type="checkbox"/> Décision de traitement	<input type="checkbox"/> Décision reportée	<input type="checkbox"/> Surveillance	<input type="checkbox"/> Nécessité d'examens complémentaires
<input type="checkbox"/> RCP de recours régionale	<input type="checkbox"/> RCP de recours inter-régionale	<input type="checkbox"/> RCP de recours national	

Prise en charge :

<input type="checkbox"/> Chimio-embolisation	<input type="checkbox"/> Chimio radio-concomitante	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Curiethérapie
<input type="checkbox"/> Hormonothérapie	<input type="checkbox"/> Immunothérapie	<input type="checkbox"/> Irithérapie	<input type="checkbox"/> Nécessité d'examens complémentaires	
<input type="checkbox"/> Radio-embolisation	<input type="checkbox"/> Radio-fréquence	<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs/soins de support	
<input type="checkbox"/> Surveillance	<input type="checkbox"/> Thérapie ciblée	<input type="checkbox"/> 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 :