

INITIALES PATIENT(E) :

RCP du : Cliquez ici pour entrer une date.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom d'usage :

Prénom :

CP / Ville de résidence :

Sexe : ☐ H ☐ F

Nom de naissance :

Date de naissance : Cliquez ici pour entrer une date.

Médecin demandeur :

Médecin traitant :

Autres médecins :

ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS

Traitements concomitants pertinents :

Facteurs de risques

☐ Fumeur actif

☐ Ancien Fumeur

☐ N'a jamais fumé

paquets/années

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

Intoxication alcoolique :

Autres facteurs de risques :

HISTOIRE DE LA MALADIE

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

Marqueurs biologiques

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

CA 19.9 :

ACE :

aFP :

Chromogranine :

NSE :

Autres :

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

CA 19.9 :

ACE :

aFP :

Chromogranine :

NSE :

Autres :

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.

Description de la situation clinique actuelle :

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

☐ u ☐ i **T N M** Autres stades :

Bilan d'extension initial :

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

Type histologique (ADICAP) :

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

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

Commentaires/tumeur :

☐ y pT pN pM R

État des marges :

N+/N :

HER2-neu :

Ki67(%) :

Phénotype RER/MSI : ☐ MSS ☐ MSI ☐ Non fait

Mutations somatiques portées par la tumeur :

KRAS :	<input type="checkbox"/> Muté	<input type="checkbox"/> Sauvage	<input type="checkbox"/> En attente	<input type="checkbox"/> Non cherché
NRAS :	<input type="checkbox"/> Muté	<input type="checkbox"/> Sauvage	<input type="checkbox"/> En attente	<input type="checkbox"/> Non cherché
BRAF :	<input type="checkbox"/> Muté	<input type="checkbox"/> Sauvage	<input type="checkbox"/> En attente	<input type="checkbox"/> Non cherché
PDGFRA :	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> En attente	<input type="checkbox"/> Non cherché
CKIT :	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> En attente	<input type="checkbox"/> Non cherché
Autres :				

Mutations germinales (portées par le patient) :

Commentaires / Biologie Moléculaire :

Commentaires / Tumeur :

PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE

Question posée :

Relecture de l'imagerie par le radiologue : ☐ Oui ☐ Non

Statut du cas présenté : ☐ Discuté ☐ Enregistré

Type de proposition :

☐ Décision de traitement ☐ Décision reportée ☐ Surveillance ☐ Nécessité d'examen complémentaires
☐ RCP de recours régionale ☐ RCP de recours inter-régionale ☐ 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"/> Irradiation	<input type="checkbox"/> Nécessité d'examen 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 :