**RCP du :** Cliquez ici pour entrer une date.

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Sexe :  H  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 FACON SYSTÉMATIQUE : LE CR D’ANATOMOPATHOLOGIE + LE CR OPÉRATOIRE***

**Symptôme rachidien :**  Aucun Douleur  Troubles sphinctériens  Autre :

**Tétraparésie**  Légère Modérée  Complète **Paraparésie**  Légère Modérée  Complète

Précision :

**Symptôme cérébraux :**  Aucun Crise(s) convulsive(s)  Céphalées  HTIC  Déficit sensitivo-moteur

Troubles visuels Troubles aphasiques  Troubles du comportement  Troubles de la vigilance  Autre

Précision :

**DONNEES MEDICALES**

**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** :

**DONNEES CONCERNANT LA TUMEUR**

**Type** :  Primitif  Secondaire  Inconnu

**Siège de la tumeur (code CIM)** :

Commentaire localisation :

**Latéralité** :  Droite  Gauche  Médian  Bilatérale

Si Rachis, **atteinte vertébrale** de       à        Etagé  Unique

|  |
| --- |
| ***Métastases cérébrales ou rachidiennes :*** *Nombre de métastases* *Taille de la plus volumineuse (cm)*  *Localisation des métastases :* |
| *Si métastases cérébrale,* ***Classification RPA*** ***Classe I****: KPS ≥ 70 et âge ≤ 65ans et maladie primitive contrôlée et métastase cérébrale uniquement*  ***Classe II****: KPS ≥ 70 et âge > 65ans ou maladie primitive non contrôlée ou métastase cérébrale et extra-crâniennes*  ***Classe III****: KPS < 70* |
| ***Immunohistochimie des métastases cérébrales ou rachidiennes***  ***CK7****:* **+**  **- *CK20****:* **+**  **- *RE****:* **+**  **- *RP****:* **+**  **- *TTF1****:* **+**  **-**  ***HER2-neu :***  **-**  **+**  **++** **+++** *Equivoque* ***KRAS****:*  *Muté*  *Sauvage* *En attente* *Non cherché*  ***BRAF :***  *Muté*  *Sauvage* *En attente* *Non cherché* ***EGFR :***  *Muté*  *Sauvage*  *En attente* *Non cherché*  ***Translocation ALK*** *:* **+**  **-** En attente Non cherché *Autres :* |

**Bilan d’extension initial** :

**Prélèvement**:  Biopsie  Exérèse partielle  Exérèse subtotale  Exérèse complète du Cliquez ici pour entrer une date.

Pas d’histologie

**Type histologique (ADICAP)**:       Tumeur rare

**Grade :**  I  II  III  IV  V  VI

**Classification RPA (Gliomes)**  Classe III : âge < 50ans et PS = 0  Classe IV : âge < 50ans et PS=1-2

Classe V : âge > 50ans et MMS < 27 ou biopsie seul et PS=1-2  Classe VI : âge > 50ans et PS=3-4

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

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

**Commentaires/tumeur :**

**Mutations somatiques portées par la tumeur** : 1p19q :  Codélété  Non codélété  En attente  Non cherché

MGMT :  Méthylé  Non Méthylé  En attente  Non cherché

IDH1 :  Muté  Non muté  En attente  Non cherché

IDH2 :  Muté  Non muté  En attente  Non cherché

Histons :  Muté  Sauvage  En attente  Non cherché

BRAF :  Muté  Sauvage  En attente  Non cherché

EGFR :  Muté  Sauvage  En attente  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

**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 :