

**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 :**

**ORL :**

**Autres :**

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

**Facteurs de risques**

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

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

Exposition professionnelle ☐ Amiante ☐ Autre :

Intoxication alcoolique : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sevré

Recherche HPV : ☐ Oui ☐ Non ☐ En attente

**Autres facteurs de risques :**

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

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

**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.

**Bilan dentaire :** ☐ Oui ☐ Non ☐ Absence de dent

**Soins bucco-dentaires :** ☐ Effectués ☐ Non Effectués ☐ Programmés ☐ A prévoir ☐ Non nécessaires

**Poids habituel :**    **Poids actuel :**    **Taille (cm) :**    **IMC :**

**Evaluation nutritionnelle :** ☐ Oui ☐ Non ☐ A prévoir ☐ En attente

**Gastrostomie d'alimentation :** ☐ Posée ☐ Non ☐ Programmée ☐ A prévoir ☐ Non nécessaire

**Audiogramme :** ☐ Fait ☐ Non fait ☐ A prévoir

**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 :**

**Description de la situation clinique actuelle :**

**INITIALES PATIENT(E) :**

**TUMEUR**

Type : ☐ Primitif ☐ Secondaire ☐ Inconnu

**Siège de la tumeur (code CIM) :**

Commentaire localisation :

Latéralité : ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Médian ☐ Bilatérale

**T N M** Autres stades :

**Bilan d'extension initial :**

Prélèvement : ☐ Histologie ☐ Cytologie du : Cliquez ici pour entrer une date. ☐ Pas d'histologie

Type histologique (ADICAP) : ☐ Tumeur rare

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

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

**Commentaires/tumeur :**

Immunohistochimie PDL1 : ☐ < 1% ☐ entre 1 et 49% ☐ ≥50% ☐ En attente

Mutations somatiques portées par la tumeur : P16 : ☐+ ☐-

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'exams complémentaires  
☐ RCP de recours régionale ☐ RCP de recours inter-régionale ☐ RCP de recours national

**Prise en charge :**

☐ Chimio-embolisation ☐ Chimio radio-concomitante ☐ Chirurgie ☐ Chimiothérapie ☐ Curiethérapie  
☐ Hormonothérapie ☐ Immunothérapie ☐ Irradiation ☐ Nécessité d'exams complémentaires  
☐ Radio-embolisation ☐ Radio-fréquence ☐ Radiothérapie ☐ Soins palliatifs/soins de support  
☐ Surveillance ☐ Thérapie ciblée ☐ 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 :