**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 :**       **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 FACON 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** :

**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’examens 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  Irathérapie  Nécessité d’examens 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 correspondant à la recommandation/au référentiel de pratique clinique