**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