

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 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 :



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 correspondant à la recommandation/au référentiel de pratique clinique