

**INITIALES PATIENT(E) :**

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

**IDENTIFICATION DU PATIENT :**

Nom d'usage :

Sexe :  H  F

Prénom :

Nom de naissance :

CP / Ville de résidence :

Date de naissance : Cliquez ici pour entrer une date.

**Médecin demandeur :**

**Établissement de prise en charge :**

**Médecin traitant :**

**Pneumologue :**

**Chirurgien :**

**Autres :**

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

**Facteurs de risques :**  Fumeur actif  Ancien Fumeur  N'a jamais fumé

paquets/années

Intoxication alcoolique :  Oui  Non  Sevré

Exposition professionnelle :  Amiante  Autre :

**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.

**Fonction respiratoire du :** Cliquez ici pour entrer une date.

**VEMS (L) :** **VEMS (% de la théorique) :** **DLCO/TLC (% de la théorique) :**

**Autres:** **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

**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) :**

y    pT                      pN                      pM                      R

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

Mutations somatiques portées par la tumeur : Translocation ALK :  +  -  En attente  Non cherché

EGFR :  Muté  Sauvage  En attente  Non cherché

ROS1:  +  -  En attente  Non cherché

Autres :

**Mutations somatiques (portées par la tumeur) :**

**Mutations germinales (portées par le patient) :**

**Commentaires sur la Biologie Moléculaire :**

**Commentaires sur la tumeur :**

## PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE

Question posée :

Relecture de l'imagerie par le radiologue :  Oui  Non

**Type de proposition :**

<input type="checkbox"/> Décision de traitement	<input type="checkbox"/> Décision reportée	<input type="checkbox"/> Surveillance	<input type="checkbox"/> Nécessité d'examens complémentaires
<input type="checkbox"/> RCP de recours régionale	<input type="checkbox"/> RCP de recours inter-régionale	<input type="checkbox"/> RCP de recours national	

**Prise en charge :**

<input type="checkbox"/> Chimio-embolisation	<input type="checkbox"/> Chimio radio-concomitante	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Curiethérapie
<input type="checkbox"/> Hormonothérapie	<input type="checkbox"/> Immunothérapie	<input type="checkbox"/> Irathérapie	<input type="checkbox"/> Nécessité d'examens complémentaires	
<input type="checkbox"/> Radio-embolisation	<input type="checkbox"/> Radio-fréquence	<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Soins palliatifs/soins de support	
<input type="checkbox"/> Surveillance	<input type="checkbox"/> Thérapie ciblée	<input type="checkbox"/> 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 :