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

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Sexe :  H  F

Nom de naissance :       Nom d’usage :

Prénom :       Date de naissance**:** Cliquez ici pour entrer une date.

CP / Ville de résidence :

**Médecin demandeur :**

**Médecin traitant :**       **Endocrinologue** :

**Chirurgien** :       **Autres** :

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

**Traitements concomitants pertinents** :

**Facteurs de risques**

Fumeur actif  Ancien Fumeur  N’a jamais fumé       paquets/années

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

**Autres facteurs de risques** :

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

***MERCI DE JOINDRE DE FACON SYSTÉMATIQUE : LE CR D’ANATOMOPATHOLOGIE + LE CR OPÉRATOIRE***

**Données médicales**

**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.

**Description de la situation clinique actuelle** :

**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** :

**Données concernant la 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**:  Exérèse  Biopsie du : Cliquez ici pour entrer une date.  Pas d’histologie

**Type histologique (ADICAP)**:

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

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

**Commentaires/tumeur**:

**y pT** **pN****pM****R** Autres stades :

**Biologie moléculaire / génétique :**

**Commentaires sur la Biologie Moléculaire :**

**Bilan post-thérapeutique**

**Date :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Type de traitement :**  Chirurgie  Irathérapie Préciser :

**Dosage de thyroglobuline (ng/ml) :** Avec sevrage  Sans sevrage

**Commentaires / bilan post-thérapeutique :**

**Proposition de prise en charge**

**Question posée :**

Relecture de l’imagerie par le radiologue :  Oui  Non

**Proposition de prise en charge :**

**Proposition d'inclusion dans un essai clinique :**