**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 :** **Établissement de prise en charge :**

**Médecin traitant :**

**Chirurgien :** **Autres médecins :**

 **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 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.

**Marqueurs biologiques Date :** Cliquez ici pour entrer une date. **Dosage des PSA (ng/ml) :**

**Statut mictionnel**: [ ]  Anurie [ ]  Dysurie [ ]  Pollakiurie [ ]  Absence de troubles mictionnels

**Hématurie** : [ ]  Macro [ ]  Micro [ ]  Absence

**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

**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** : [ ]  Cystoscopie [ ]  IRM [ ]  Scintigraphie [ ]  TEP [ ]  Autre :       Date : Cliquez ici pour entrer une date.

**Dosage pré-opératoire** : Date : Cliquez ici pour entrer une date.αFP (ng/ml) :       βCG (mUI/ml) :       LDH (UI/l) :

**Prélèvement** : [ ]  Biopsie [ ]  Chirurgie du : Cliquez ici pour entrer une date. [ ]  Pas d’histologie

**Prostate BEGP :** Date : Cliquez ici pour entrer une date. Toucher rectal :       Poids/volume :

**Biopsies** :

Droite :Biopsie +/B prélevées :       /       Gauche**:** Biopsie +/B prélevées :       /       Total : Biopsie +/B prélevées :       /

Précisez :

**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**

**Furhman :**

**Gleason :****Score ISUP :**  Date : Cliquez ici pour entrer une date. **Classification d’Amico** **:**

**Grade classification MSKCC :** [ ]  Bon [ ]  Intermédiaire [ ]  Mauvais

**Classification IGCCCG** **:**  **Stade AJCC :**

**Invasion vasculaire**: [ ]  Oui [ ]  Non **Invasion lymphatique :** **[ ]** Oui [ ]  Non

**Dosage préopératoire :** Date : Cliquez ici pour entrer une date.αFP (ng/ml) :       βCG (mUI/ml) :       LDH (UI/l) :

**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 :**

[ ]  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 d'inclusion dans un essai clinique Nom de l’essai :