**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 :