

INITIALES PATIENT(E) :

RCP du : Cliquez ici pour entrer une date.

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Nom de naissance :

Prénom :

CP / Ville de résidence :

Sexe : ☐ H ☐ F

Nom d'usage :

Date de naissance : Cliquez ici pour entrer une date.

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 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.

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 ☐

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

INITIALES PATIENT(E) :

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. aFP (ng/ml) : β CG (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 +/- prélevées : / Gauche : Biopsie +/- prélevées : / Total : Biopsie +/- 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. aFP (ng/ml) : β CG (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'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 d'inclusion dans un essai clinique Nom de l'essai :