

Date de la RCP :

Enregistrement sans demande d'avis ☐ Demande d'avis ☐

Nom :

Prénom :

Sexe : M ☐ F ☐

Date de naissance :

Adresse :

Médecin demandeur :

☐ J'ai informé le patient cité ci-dessus de son passage en RCP et de l'informatisation de son dossier. Il a consenti à ce que ces informations puissent être transmises à des fins médicales aux destinataires de cette fiche.

Médecin Traitant :

Médecin(s) Référent(s) :

Antécédents et co-morbidité ayant un impact sur la décision thérapeutique :

Dépistage onco-gériatrie : oui ☐ non ☐ **Score :** **Evaluation :** oui ☐ non ☐ programmée ☐

Histoire de la maladie :

Clinique :

Bilan d'imagerie :

Résultat de l'écho-endoscopie : us T.....N.....M.....

Constatations endoscopiques : Date de la procédure :/...../20.....

Taille : mm

Localisation : ☐ Oesophage Epidermoïde ☐ Oesophage Barrett (C :.... M :.... Lésion visible : ☐ Non ☐ Oui)
☐ Estomac ☐ Duodénum ☐ Papille ☐ Colon ☐ Rectum ☐ Autres, préciser localisation :

Classification de Paris: "Pédiculé" ☐ 0-1p "Sessile" ☐ 0-1s
 Plan-surélevé ☐ 0-1la "Plan-Plan" ☐ 0-1lb "Plan-déprimé" ☐ 0-1lc "Excavé" ☐ 0-1li

Si LST: ☐ Granulaire ☐ Non Granulaire ☐ Homogène ☐ Inhomogène

Type de résection : ☐ Polypectomie ☐ Mucosectomie monobloc ☐ Mucosectomie peacemeal (nbre fragments : ...)
☐ ESD ☐ Autres :

Complément de destruction au plasma argon : ☐ Non ☐ Oui

Impression endoscopique de résection complète : ☐ Non ☐ Oui

Modalités de la résection : ☐ Monobloc ☐ Peacemeal

Compte rendu anatomopathologique :

Diagnostic :

Différenciation cellulaire : ☐ Bien/moyt ☐ Peu Différencié

Taille de la pièce :mm x mm ☐ Fragments

Lésion : Diamètre total (A) : mm

Marges latérales : ☐ Saines ☐ DBG ☐ DHG ☐ Infiltrantes

Diamètres du cancer :

Epaisseur du cancer (B) : mm ; ☐ NE

Carcinome Intra-muqueux : ☐ M1 ☐ M2 ☐ M3 (☐ M4 que pour EBO)

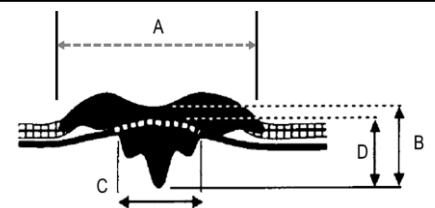
Envahissement de la sous muqueuse (D) : ☐ Non ☐ Oui..... µm ☐ NE

si Oui, largeur de l'envahissement (C) : µm ; ☐ NE

si Oui, marge profonde : µm

Embole : ☐ Non ☐ Oui

Budding: ☐ Non ☐ Oui ; ☐ score1 (<5) ☐ score2(5-9) ☐ score3(≥10)



Autres informations :

.....

Si LST : Lateral Spreading tumor
NE : Non Evaluable

Motif de la RCP : Ajustement thérapeutique ☐ Avis diagnostique ☐ Décision de traitement ☐
 Prise en charge initiale ☐ Autre ☐

Question posée :

Proposition de la RCP :