**Tél : 02.62.35.91.04 – FAX : 02.62.35.96.74 – Email : rcp.3csud@chu-reunion.fr**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Demandé par Dr.\* :*** |  | ***Motif\* :*** | Avis diagnostique  Décision de traitement  Ajustement thérapeutique  Surveillance  Enregistrement  Requiert la présence d’un Oncologue médical  Requiert la présence d’un Radiothérapeute |
| ***Pour la RCP du\* :*** | *\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |

# Identité du Patient :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nom d’usage\* :*** |  | *Nom de naissance :* |  |
| ***Prénom\* :***  Adresse\* :  Médecin traitant\* : |  | ***Date de naissance\* :*** | \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Description actualisée de la maladie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Rechute\* :*** | Oui Non | ***Date du diagnostic\* :*** | \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Siège de la tumeur\* :*** | PEAU MELANOME | | |
| *Latéralité :* | Gauche Droite Bilatérale Médian Inconnu ou non applicable | | |
| *TNM :* | p y T : N : M : | | |

# Spécificités de l’organe :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Indice de Clark :* | Clark I - intra-épidermique mélanome in-situ Clark II - quelques cellules atypiques infiltrant le derme Clark III - infiltration totale du derme paillaire Clark IV - infiltration du derme réticulaire Clark V - atteinte de l’hypoderme | | | | |
| *Indice de Breslow :* | ……………… mm | *Présence d’une régression :* | |  |  |
| *Taille du mélanome:* | ……………… mm | *Siège du mélanome :* | |  | |
| *Index Mitotique :* | ……………… mitoses / mm cube | |  | | |
| *Formes Anatomocliniques :* | Superficial Spreading Melanoma (SSM) Mélanome Nodulaire Mélanome Acral Lentigineux  Mélanose de Dubreuilh Autres formes | | | | |
| *Facteurs Pronostiques:* | Ulcérations Présence de TIL (Tumor Infiltrating Lymphocytes) | | | | |
| *Immunomarquage :* | Protéine S100 HMB45 Pan mélanome | | | | |

# identité DU PATIENT :

# Histoire de la maladie

|  |  |
| --- | --- |
| *Circonstances de la découverte :* | Ne sait pas  Dépistage organisé  Manifestation clinique  Dépistage individuel |
| *Statut thérapeutique :* | Non traité antérieurement En cours de traitement Déjà traitée |
| *Résumé clinique et/ou Commentaires :*    Marge d’excision :  Histologie : |  |

# Données du Patient :

|  |  |
| --- | --- |
| ***Capacité de vie OMS\* :*** | *Antécédents et co-morbidités  \*:* |
| 0 – Activité extérieure normale sans restriction  1 – Réduction des efforts physiques intenses  2 – Doit parfois s’aliter mais moins de 50% de la journée  3 – Doit être alité plus de 50% de la journée  4 – Incapacité totale, alitement fréquent ou constant |  |

# Proposition thérapeutique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CAS A ENREGISTRER\* (sans présentation)** | | **CAS A DISCUTER EN SEANCE\*** | |
| ***Recommandation appliquée \*:*** |  | **Question posée à la RCP\* :** |  |
| ***Synthèse de la proposition\*:*** |  |

\* Merci de joindre les comptes rendus  1) opératoire, 2) anatomopathologiques initiaux voire ceux de relecture 3) d’imageries effectuées dans le cadre du bilan.