

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : _____ **Sexe :** Féminin Masculin
Prénom : _____ **Date de naissance :** _____
Commune de naissance : _____ **CP :** _____
Pays de naissance : _____ **Consentement recueilli :** Oui Non

IDENTIFICATION RCP

Date de la RCP : _____ **Type de RCP :** _____
Médecin référent : _____ **Médecin(s) traitant(s) :** _____

Evaluation oncogériatrique : (pour les 75 ans et +)

- Ne sait pas / aucune mention Eval. Gériatrique faite et mentionnée
 Eval. Gériatrique non faite, non mentionnée et justifié Eval. Gériatrique non faite, non mentionnée et non justifié
 Non applicable

CONTEXTE DE LA RCP

MOTIF DE LA RCP (un seul) : Avis diagnostic Décision de traitement Ajustement thérapeutique Surveillance après traitement RCP de validation
LATERALITE : Droite Gauche Droite et gauche Médian Non Applicable
LOCALISATION PRIMITIVE : _____
 Déclaration mésothéliome
Métastase localisation : _____

DONNEES CLINIQUES

Comorbidités (4 maximum)

- Aucune Hormonale
 Autre Infectieuse
 Cardiovasculaire Neurologique
 Dermatologique Pneumologique
 Digestive Psychiatrique
 Grossesse Trouble métabolique
 Gynécologique Urologique
 Hématologique ORL
 VIH

Autre comorbidités : -----

RECHUTE (statut de la maladie) :

- PHASE INITIALE
 RECHUTE
 Curatif Palliatif N/R

Poids : _____ (kg)
Taille : _____ (cm)

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE :

- Dépistage organisé
 Dépistage individuel
 Manifestation clinique
 En cours de surveillance
 Ne sait pas
 Découverte per-op /interv. Réalisée en urgence
 Non applicable

Date de début de la maladie : ____ / ____ / ____
 si jour inconnu : 15 ; si mois inconnu : 06

CAPACITE DE VIE :

- 0** : Activité normale avec ou sans signes mineurs
 1 : Activité normale avec effort, signes ou symptômes
 2 : Incapacité de travailler ou de mener une vie normale
 3 : Nécessité d'aide imp. et d'une assistance médicale
 4 : Incapacité sévère, grabataire, phase terminale

STATUT THERAPEUTIQUE

STATUT THERAPEUTIQUE DE LA PHASE EN COURS :

- Non traité avant En cours de traitement initial Déjà traité
Date de premier traitement de la phase en cours : ____ / ____ / ____
 si jour inconnu : 15 ; si mois inconnu : 06

Traitements réalisés (toutes les phases de la maladie, par ordre chronologique, 4 maximum)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun _____ | <input type="checkbox"/> Hormonothérapie _____ | <input type="checkbox"/> Radiothérapie _____ |
| <input type="checkbox"/> Anesthésie locorégionale _____ | <input type="checkbox"/> Immunothérapie _____ | <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle _____ |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie _____ | <input type="checkbox"/> Médicamenteux _____ | <input type="checkbox"/> Soins de support _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie _____ | <input type="checkbox"/> Neuro-chirurgical _____ | <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée _____ |
| <input type="checkbox"/> Curiothérapie _____ | <input type="checkbox"/> Préservation fertilité _____ | <input type="checkbox"/> Autre traitement _____ |
| <input type="checkbox"/> Endoscopie Interventionnelle _____ | <input type="checkbox"/> Radio-chimiothérapie _____ | |

Commentaires sur les traitements réalisés :

CLASSIFICATION TNM

TNM clinique : T : N : M : m r y
 (m si tumeurs multiples, r si récurrence, y si classification pendant traitement initial)

TNM non applicable
 (Sélectionner non applicable dans le menu T)

Commentaires TNM: _____

AUTRE CLASSIFICATION

Nom de la classification :

Stade :

Commentaires autre classification: _____

DESCRIPTIF HISTOPATHOLOGIQUE

Date prélèvement : ___ / ___ / ___

Si jour inconnu : 15 ; si mois inconnu : 06

Tumorothèque : oui non

Histologie :

Code ADICAP :

TNM anapath. : pT : pN : pM : **TNM non applicable** m r y

Grade/Score : _____ inconnu non applicable

Résidu tumoral **R0** Pas de tumeur résiduelle
 R1 Tumeur résiduelle microscopique
 R2 Tumeur résiduelle macroscopique
 Ri Résidu incertain
 Rx Tumeur résiduelle non évaluable

Informations spécifiques selon la localisation :
 (Marqueurs, taille, ganglions,...)

Classification FIGO :

Classification post-op : _____ Classification pré-op : _____

Commentaires :

PROPOSITION THERAPEUTIQUE

Cas discuté en RCP : Oui Non

Dossier présenté par :

Type de la proposition :

- Application référentiel
- Traitement hors référentiel
- Essai thérapeutique
- Recours à une RCP régionale

Nature de la proposition :

- Nécessité d'examen complémentaires
- Mise en traitement
- Surveillance
- Abstention thérapeutique

Si un des traitements proposés est une chirurgie, la RCP valide : (choix multiples)

- L'indication opératoire
- L'adéquation du plateau technique à l'intervention prévue
- L'adéquation du plateau technique à la continuité des soins Post-OP
- Le chirurgien qui a opéré était présent à la RCP N/A

Traitements (ordre chronologique, 4 maximum)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun _____ | <input type="checkbox"/> Hormonothérapie _____ | <input type="checkbox"/> Radiothérapie _____ |
| <input type="checkbox"/> Anesthésie locorégionale _____ | <input type="checkbox"/> Immunothérapie _____ | <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle _____ |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie _____ | <input type="checkbox"/> Médicamenteux _____ | <input type="checkbox"/> Soins de support _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie _____ | <input type="checkbox"/> Neurochirurgical _____ | <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée _____ |
| <input type="checkbox"/> Curiothérapie _____ | <input type="checkbox"/> Préservation fertilité _____ | <input type="checkbox"/> Autre traitement _____ |
| <input type="checkbox"/> Endoscopie Interventionnelle _____ | <input type="checkbox"/> Radio-chimiothérapie _____ | |

Description de la proposition thérapeutique :