

Documents à joindre impérativement : CR anatomopathologie Résultats biologiques de - de 15 jours (hématologie-rénal-hépatique)

CR biologie moléculaire

Le recueil du consentement du patient est à la charge du médecin demandeur

Si vous n'avez pas accès au DCC merci de compléter la fiche informatiquement puis la faxer

Au Pôle Régional de Cancérologie de Bretagne : 02 99 28 99 68 ou à l'ICO de NANTES et d'ANGERS : 02 40 67 97 05

Date de la réunion :

MEDECIN DEMANDEUR :

Etablissement :

(Nom – Prénom)

e-mail :

@

Tél :

Fax :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance : .

Nom d'usage : .

Prénom : .

Sexe H F

Date de naissance : .

CP / Ville de résidence : .

ANTECEDENTS NOTABLES

Statut ménopausique : Oui Non N/A (Homme)

Événement Cardio-Vasculaire

Maladie auto-immune

Autres ATCD significatifs pertinents

Date(s)	Pathologie(s)	Commentaires
.	.	.
.	.	.
.	.	.
.	.	.
.	.	.

Cancers antérieurs :

Date(s)	Type	Rémission	Date dernier Traitement
.	.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.
.	.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..
.	.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	.

Commentaires :

SITUATION CLINIQUE ACTUELLE

Echelle de performance OMS : 0 1 2

Date d'observation : .

Score G8 : ___/14 Date :

Éléments cliniques pertinents :

TUMEUR

CUP Dermatologie Digestif Gynécologie Neurologie ORL Pneumologie Sarcome Sénologie Urologie Autres

Siège de la tumeur primitive (CIM-10) : .

Commentaires/localisation :

Type histologie (ADICAP) : .

Sites métastatiques : Ganglions Poumon Foie Os Autres Préciser :

Si Métastases cérébrales : Oui Non Traitées : Oui Non Stables : Oui Non

Corticoïdes : Oui (dose = ___ mg/jour) Non

Lésion(s) biopsiable(s) : Oui Non si oui commentaires : .

Lésion(s) évaluable(s) Oui (lésion(s) non ganglionnaire(s) \geq 1 cm et/ou ganglionnaire(s) de petit axe \geq 1.5 cm) Non

Commentaire Tumeur :

BIOLOGIE

Date de la biologie :

ASAT(SGOT) : U/l **ALAT(SGPT) :** U/l **Créatinine :** μ mol/l **Clairance :** ml/mn

BIOLOGIE MOLECULAIRE/GENETIQUE

Analyse tumorale : Disponible Demandée Non Demandée

Résultat : Sans anomalie

Mutation : . Gène : .

Mutation : . Gène : .

Statut MSS/MSI : Disponible Demandée Non Demandée

Résultat : .

Charge mutationnelle tumorale: Disponible Demandée Non Demandée

Résultat : .

Analyse constitutionnelle : Disponible Demandée Non Demandée

Résultat : Sans anomalie

Mutation : . Gène : .

Commentaire(s) :

TRAITEMENTS ANTERIEURS

Radiothérapie : Oui Non Site irradié 1 : .
Site irradié 2 : .

Date fin : .
Date fin : .

Traitements systémiques (chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie, thérapie ciblée) :

Nom du traitement	Type de Traitement	Date début	Date fin (MM/AAAA)
.	<input type="checkbox"/> Néoadjuvant	.	.
.	<input type="checkbox"/> Adjuvant	.	.
.	<input type="checkbox"/> Métastatique 1 ^{ère} ligne	.	.
.	<input type="checkbox"/> Métastatique 2 ^{ème} ligne	.	.
.	<input type="checkbox"/> Métastatique 3 ^{ème} ligne	.	.
.	<input type="checkbox"/> Métastatique 4 ^{ème} ligne	.	.
.	<input type="checkbox"/> Métastatique 5 ^{ème} ligne	.	.
.	<input type="checkbox"/> Métastatique X ligne	.	.

Progression confirmée sous la dernière ligne de traitement : Oui Non
Si Oui : Commentaire et date (MM/AA) : .

Si non : présentation anticipée en vue d'une progression à venir : Oui Non

Si le patient a reçu des anthracyclines ou du cisplatine ou mitomycine-c merci de préciser la dose totale reçue en mg/m² : .

Toxicités séquellaires : Oui No Types et grade : .

Commentaires : .

TRAITEMENTS CONCOMITANTES PERTINANTS (anticoagulants, corticoïdes, insuline etc.)

	Traitement(s)	Indication(s)
1-	.	.
2-	.	.
3-	.	.
4-	.	.
5-	.	.

MEDECIN DEMANDEUR

Question posée à la RCP : .