

Documents à joindre : CRA CRO CR consultations Imagerie
Le recueil du consentement du patient est à la charge du médecin demandeur

RCP du

Médecin demandeur (Nom, Prénom, Ville) :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de jeune fille Nom d'usage

Prénom Sexe H F

Date de naissance / / CP / Ville de résidence : _ _ _ _ _

Etablissement de prise en charge :

Correspondants du patient

Médecin traitant (Nom, Prénom, Ville):

Pneumologue (Nom, Prénom, Ville) :

Chirurgien (Nom, Prénom, Ville) :

Autres :

Clinique et Para-clinique

Antécédents (familiaux, personnels, chirurgicaux)/Comorbidités :

Histoire de la maladie

Facteurs de risques :

Statut tabagique : Fumeur actif Ancien fumeur N'a jamais fumé

Nombre de paquets/années :

Prise en charge tabacologique :

Délai de sevrage :

Autres facteurs de risques :

Situation clinique actuelle

Phase de la maladie : Phase initiale Rechute **Date de Rechute :**

Progression : Locale Régionale A distance

Syndrome sécrétoire : Oui Non

Echelle de performance OMS : 0 1 2 3 4

Date d'observation :

Pronostic estimé de la maladie : <3 mois <6 mois Entre 6 mois et 1 an >1 an Inconnu

Score Pronopall :

Patient algique : Oui Non **Localisation de la douleur :**

Cause(s) présumée(s) de la douleur :

Examen neurologique :

Patient déficitaire : Oui Non

Localisation(s) des lésions osseuses : Axiale Périphérique

Précisez :

SITE	Adresse mail sécurisée	☎	Télécopieur
Site de Rennes	poleregionalcancerologie@telesantebretagne.org	02 99 28 99 56	02 99 28 99 68
Site de Brest	poleregionalcancerologie-brest@telesantebretagne.org	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67

Aspect des lésions osseuses : Condensant Lytique Mixte

Evolution des lésions osseuses :

Traitement antérieurs de la douleur et résultats :

Irradiation antérieure sur le site de la douleur : Oui Non

Précisez :

Biphosphonates : Oui Non

Lesquels :

Antirank ligand : Oui Non

Traitement actuels de la douleur :

Examen d'imagerie disponible :

Date :

Commentaire/ Situation Clinique actuelle :

Tumeur

Numéro de la tumeur : |____| Primitif Secondaire Inconnu

Siège de la tumeur (code CIM) :

Commentaire localisation :

Latéralité : Droite Gauche Médian Bilatérale Non applicable

Stade T |____| Détail T |____| Stade N |____| Stade M |____|

Version TNM clinique :

Autres stades :

Bilan d'extension initial :

Type de prélèvement : Histologie Cytologie du |__|/|__|/|__| |____| Pas d'histologie

Type histologie (ADICAP) : Tumeur rare

Conclusion du CRO (à compléter si document non joint)

Conclusion du CR ACP – Commentaires histologie (à compléter si document non joint)

y Stade pT |____| Détail pT |____| Stade pN |____| Stade pM |____| R |____|

Biologie Moléculaire/Génétique :

Commentaires / Tumeur :

Proposition de prise en charge

Question posée à la RCP :

Statut du cas présenté : Discuté Enregistré

SITE	Adresse mail sécurisée	☎	Télécopieur
Site de Rennes	poleregionalcancerologie@telesantebretagne.org	02 99 28 99 56	02 99 28 99 68
Site de Brest	poleregionalcancerologie-brest@telesantebretagne.org	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67