

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	<a href="mailto:poleregionalcancerologie@telesantebretagne.org">poleregionalcancerologie@telesantebretagne.org</a>	02 99 28 99 56	02 99 28 99 68
Site de Brest	<a href="mailto:poleregionalcancerologie-brest@telesantebretagne.org">poleregionalcancerologie-brest@telesantebretagne.org</a>	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	<a href="mailto:poleregionalcancerologie@telesantebretagne.org">poleregionalcancerologie@telesantebretagne.org</a>	02 99 28 99 56	02 99 28 99 68
Site de Brest	<a href="mailto:poleregionalcancerologie-brest@telesantebretagne.org">poleregionalcancerologie-brest@telesantebretagne.org</a>	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67