

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 :

Intoxication alcoolique : Oui Non Sevré

Exposition professionnelle : Amiante Autre Non

Caractéristiques sociales impactant la prise en charge :

Recherche HPV : Oui Non En attente

Autres facteurs de risques :

Situation clinique actuelle

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

Progression : Locale Régionale A distance

Echelle de performance OMS : 0 1 2 3 4

Bilan dentaire : Fait Non fait Absence Non adapté

Soins bucco-dentaires : Effectués Non effectués Programmés A prévoir Non nécessaire

Poids habituel (kg) : Poids actuel (kg) :

Taille (en cm) : IMC actuel :

Date d'observation :

Date du bilan :

Date des soins :

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

Evaluation nutritionnelle : Oui Non A prévoir En attente

Prise en charge nutritionnelle : Entérale Parentérale Mixte Orale

Gastronomie d'alimentation : Posée Non posée Programmés A prévoir Non nécessaire **Date de pose :**

Audiogramme : Fait Non fait A prévoir

Echographie cardiaque : Fait A prévoir **FEV (en%) :**

Commentaire/Situation Clinique actuelle :

Tumeur

Schéma

Image / Outil / Forme :

Numéro de la tumeur : |____| Primitif Secondaire Inconnu

Siège de la tumeur (CIM - 10) :

Commentaire/ localisation :

Latéralité : Droite Gauche Médian Bilatérale Non applicable

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

Version du TNM clinique :

Autres stades :

Bilan d'extension initial :

Panendoscopie : Oui Non **Date :**

Résecable : Oui Non

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** |____|

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

Biologie Moléculaire/Génétique : Disponible Non demandé En attente

Immunohistochimie PDL1 : <1% Entre 1 et 49% >=50% En attente

Mutation somatiques (portées par la tumeur) : P16 : + - Non cherché En attente

Autres :

Mutations germinales (portées par le patient) :

Commentaires/ Biologie moléculaire :

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