

FICHE RCP HYPOPHYSE

Documents à joindre impérativement : CR anatomopathologie CR opératoire Biologie Imagerie
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**

Médecin demandeur (Nom, Prénom, Ville) :

Médecin spécialiste (Nom, Prénom, Ville) :

Médecin traitant (Nom, Prénom, Ville) :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance (obligatoire) :

Sexe : F M

Nom d'usage/marital :

CP/Ville de résidence :

Prénom(s) :

Date de naissance :

CLINIQUE ET PARA-CLINIQUE

Antécédents (familiaux, personnels, chirurgicaux)/Comorbidités :

Prise en charge initiale :

TUMEURS

Numéro de la tumeur : Primitif Secondaire Inconnu

Siège de la tumeur (CIM- 10) :

Commentaires / localisation :

Latéralité : Gauche Droite Médian Bilatéral Non applicable

Bilan d'extension initial :

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

SITUATION CLINIQUE ACTUELLE

Phase de la maladie : Phase initiale
Rechute

Progression : Locale
Régionale
A distance

Echelle de performance OMS : 0 1 2 3 4

Date d'observation :

Commentaires / Situation clinique actuelle / bilan d'imagerie :

DIAGNOSTIC

Mode de découverte :

Imagerie :

Bilan endocrinien : Oui Non

-> **Si oui, veuillez sélectionner la case**

Prolactine (merci de préciser les unités et les normes du laboratoire) :

Résultat :

Date :

Axe corticotrope (merci de préciser les unités et les normes du laboratoire) :

MM/AA

<input type="checkbox"/> Cortisol 8h:	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> ACTH 8h:	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> CLU/24h:	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> Cycle cortisol/ ACTH :	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> Test au synacthène microdosé :	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> Test au synacthène standart :	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> Test de freinage minute :	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> Test de freinage standart :	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> Autres tests :	Résultat :	Date :

Axe thyroïdienne (merci de préciser les unités et les normes du laboratoire) :

<input type="checkbox"/> T4libre :	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> TSH :	Résultat :	Date :

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

Axe somatotrope (merci de préciser les unités et les normes du laboratoire) :

<input type="checkbox"/> IGF1 :	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> GH :	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> Cycle de GH :	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> GH/HGPO :	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> GH / hypoglycémie insulémique :	Résultat :	Date :

Axe gonadotrope (merci de préciser les unités et les normes du laboratoire) :

<input type="checkbox"/> FSH :	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> LH :	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> Estradiol :	Résultat :	Date :
<input type="checkbox"/> Testostérone :	Résultat :	Date :

Diabète insipide : Oui Non Exploration en cours

Autre(s) :

Bilan ophtalmo : Oui Non Commentaires : Date :

Chirurgie : Oui Non Type de chirurgie : Endonasale Date :
 Autre :

Traitement médical : Oui Non Type :

Type histologique (ADICAP) :

Radiothérapie : Oui Non Type :
Dose :
Date :

EVOLUTION

Question posée à la RCP :

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

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