

RCP « **ORGANE** »

Patient(e)

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

sexe : M F

n°dossier CHRU :

Date de naissance :

Etiquette

Adresse :

Code postal :

Localité :

Médecin traitant :

Contexte

Cas discuté en RCP oui non

Date RCP

Liste des participants

Médecin ayant présenté le dossier

Motif de la RCP

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Avis diagnostique | <input type="checkbox"/> Surveillance après traitement |
| <input type="checkbox"/> Décision de traitement | <input type="checkbox"/> Autre motif (si autre → à préciser) |
| <input type="checkbox"/> Ajustement thérapeutique | |

Nouveau patient oui non

Traitements antérieurs

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Autre (si autre → à préciser) |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | |

Clinique

Co-morbidité

texte libre

Rechute oui non

Si oui → préciser : locale métastatique métastatique et locale

Circonstances de découverte

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dépistage individuel | <input type="checkbox"/> Manifestations cliniques |
| <input type="checkbox"/> Dépistage organisé | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

Commentaires

PS (code OMS) 1 2 3 4

Siège de la tumeur CIM

Description clinique - Histoire de la maladie

texte libre

T N M

- T1 a N0 M0
 T1 b N1 M1
 T2 a
 T2 b

éventuellement texte libre

commentaires TNM

- non renseigné *justifié* – à cocher uniquement si le TNM actuel ne correspond pas à la situation initiale
 non applicable (type histologique, tumeur de l'enfant) non évalué à la date de cette RCP

Autre système de classification *texte libre*

Histologie

Date du prélèvement

- Type de prélèvement** **Biopsie** **Exérèse chirurgicale** **Autre (à préciser)**
Qualité de l'exérèse : Complète
Partielle
Reliquat tumoral majeur

Type histologique

- Grade histologique** 1 2 3 4 Non applicable Inconnu

- Prélèvements adressés à une tumorothèque** oui non ?

Marqueurs - Biologie moléculaire

Proposition de prise en charge

Nature de la proposition

- Mise en traitement* *Surveillance*
 Nécessité d'examens complémentaires *Soins oncologiques de support*

Type de proposition

- Application référentielle* *Essai thérapeutique (→ description)*
 Traitement hors référentiel

Type de traitement

Echéance souhaitable de début de traitement *date*

Description de la proposition thérapeutique
texte libre

Médecin responsable du compte-rendu

Médecin référent