

Réunion de concertation pluri-disciplinaire - Tumeurs Thymiques

Fiche de renseignements



Patient

Nom du patient
(3_1ères lettres)

Prénom (2_1ères lettres)

Date de naissance

Sexe

CP résidence

Lieu de résidence

Centre de prise en charge

Médecin référent

Centre régional référent

Antécédents

Antécédent cancer

Non

Oui

Antécédent cancer

Sein

Tête et cou

Prostate

Lymphome

Colorectal

Poumon

Autre:

Année

Radiothérapie Thorax

Non

Oui

Diagnostic

Date de diagnostic

/ /

Mode diagnostic

Biopsie TDM

Biopsie chirurgical

Exérèse Autre:

Type histologique

A

AB

B1

B2

B3

Carcinome thymique

Autre:

Classification Masaoka-Koga (si opéré)

I

IIA

IIB

III

IVA

IVB

Non spécifié

Stade clinique

Localisé

Métastatique

Affection auto-immune

Présent

Non

Oui

Type

Thyroïdite

Myasthénie

Anémie

Lupus érythémateux

hémolytique

Dermatomyosite

ue

Syndrome de Good

Syndrome de Sjögren

Pancytopénie

Autre:

Date symptômes (année)

Dernier traitement	
Chirurgie	
Date / / .
Geste chirurgical	Exérèse élargie de la loge thymique <input type="checkbox"/>
	Elargissement à d'autres structures <input type="checkbox"/>
Autre:	
Evaluation du geste	R0 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/>
Radiothérapie	
Date 1 ^{ère} séance	... / ... / ...
Type:	Exclusive <input type="checkbox"/> Post-op <input type="checkbox"/>
	Pré-op <input type="checkbox"/>
Zone irradiée	Thymique <input type="checkbox"/> Localisation pleurale <input type="checkbox"/>
	Tumeur thymique et localisation pleurale <input type="checkbox"/>
Autre:	
Chimiothérapie /Target	
Date 1 ^{ère} administration	... / ... / ...
Type:	Exclusive <input type="checkbox"/> Post-op <input type="checkbox"/>
	Pré-op <input type="checkbox"/>
Préopératoire et post-opératoire <input type="checkbox"/>	
Schéma	CAP <input type="checkbox"/> VIP <input type="checkbox"/> Etoposide <input type="checkbox"/>
	Taxol Carbo <input type="checkbox"/> Pemetrexed <input type="checkbox"/>
	Sunitinib <input type="checkbox"/>
	Autre:
Réponse	Complète <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Stabilité <input type="checkbox"/>
	Progression <input type="checkbox"/> Non évaluable <input type="checkbox"/>
Chimio-radiothérapie concomitante <input type="checkbox"/>	
Cause fin traitement	Progression <input type="checkbox"/> Toxicité <input type="checkbox"/>
	Traitement complet <input type="checkbox"/>
Autre:	

Progression a Traitement	
Date	... / . /
Siège	Plèvre / Péricarde <input type="checkbox"/>
	Lodge thymique <input type="checkbox"/>
Autre:	
Information complémentaire (Si besoin)	
RCP	
Date	/ /
Type	Régional <input type="checkbox"/> National <input type="checkbox"/>
Question posée à la RCP	