Fiche RCP NEURO-ONCOLOGIE CERVEAU – RACHIS

RCP du

Médecin demandeur : .....

Lieu d'exercice du médecin demandeur : .....

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance : ..... Nom utilisé : .....

1er Prénom de naissance..... Sexe ☐ H ☐ F

Date de naissance / / Age : .....

Etablissement de prise en charge : .....

Correspondants du patient **Médecin traitant :** ..... Neurologue : .....

Chirurgien : ..... Autres : .....

☐ Nécessité d'avis chirurgical

ANTÉCÉDENTS (familiaux, personnels, chirurgicaux) ET COMORBIDITÉS

HISTOIRE DE LA MALADIE

Symptômes :

Symptômes rachidiens : ☐ aucun ☐ Douleurs ☐ Troubles sphinctériens ☐ Autres

Tétraparésie : ☐ légère ☐ Modérée ☐ Complète
Paraparésie : ☐ légère ☐ Modérée ☐ Complète
Précisez symptômes rachidiens :

Symptômes cérébraux : ☐ aucun ☐ Crise(s) Convulsive(s) ☐ Céphalées ☐ HTIC ☐ Déficit sensitivo-moteur ☐ Autres
☐ Troubles visuels ☐ Troubles aphasiques ☐ Céphalées ☐ Troubles du comportement ☐ Troubles de la vigilance
Précisez symptômes cérébaux :

SITUATION CLINIQUE ACTUELLE

☐ Patient droitier ☐ Patient gaucher ☐ Ambidextre

Phase de la maladie : ☐ Phase initiale ☐ Rechute - Date : / / **Progression** : ☐ Locale ☐ Régionale ☐ A distance

Echelle de performance Status : 0 1 2 3 4 Date d'observation :

Karnofsky pré-opératoire (%) : ☐ 100 % ☐ 90 % ☐ 80 % ☐ 70 % ☐ 60 % ☐ 50 % ☐ 40 % ☐ 30 % ☐ 20 % ☐ 10 %

Karnosky post-opératoire (%) : ☐ 100 % ☐ 90 % ☐ 80 % ☐ 70 % ☐ 60 % ☐ 50 % ☐ 40 % ☐ 30 % ☐ 20 % ☐ 10 %

Préservation de la fertilité : ☐ Faite/programmée ☐ Non concerné/non adapté ☐ A prévoir Préciser : .....

Score G8 : Dépistage G8 : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Evaluation gériatrique : ☐ Oui ☐ Non ☐ Programmée ☐ Ne sait pas

Patient concerné par une PEC Adolescent et Jeune Adulte (AJA – Patient âgé de 15 à 25 ans**)**

Discussion en RCP en présence d'un pédiatre : ☐ Faite ☐ Programmée ☐ A programmer

Commentaires / Situation clinique actuelle / Bilan d'imagerie :

Fiche RCP NEURO-ONCOLOGIE CERVEAU – RACHIS

TUMEUR

Numéro de la tumeur : **Type** : ☐ Primitif ☐ Secondaire ☐ Inconnu

Siège de la tumeur (code CIM-10) : .....

Commentaires / localisation : .....

Atteinte vertébrale (de … à …) : ..... ☐ Etagée ☐ Unique

Latéralité : ☐ Gauche ☐ Droite ☐ Médian ☐ Bilatérale ☐ Non applicable

Bilan d'extension initial :

☐ **Diagnostic radiologique typique -** Date : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| Commentaires :

Type de prélèvement/Chirurgie : ☐ Biopsie ☐ Exérèse partielle ☐ Exérèse subtotale ☐ Exérèse complète ☐ Exérèse (sans précision) ☐ pas d'histologie
Date du prélèvement : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Type histologie (ADICAP) : .....

Grade I II III IV V VI

Classification RPA (Gliomes) : ☐ Classe III ☐ Classe IV ☐ Classe V ☐ Classe VI

Conclusion du CRO – Commentaires : *(à compléter si document non joint)*

Conclusion du CR ACP – Commentaires histologie : *(à compléter si document non joint)*

Commentaires / Tumeur :

Biologie Moléculaire/génétique : ☐ Disponible ☐ Non demandé ☐ En attente

PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE

Question posée :

Statut du cas présenté : ☐ Discuté ☐Enregistré

Consultation d'oncogénétique : ☐ Faite ☐Programmée ☐A Programmer

Proposition : .....

Complément (Protocole, Molécules,…)..... Condition : ☐ ET ☐OU ☐ET/OU ☐PUIS ☐SINON

Description de la proposition de prise en charge :

☐ **Tumeur rare**

☐ **Proposition d'inclusion dans un essai clinique**

☐ **Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique**