

Identité du patient

Initiales Nom : _____ Initiales Prénom: _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : Homme Femme

Commune d'habitation : _____ Code postal : _____

Présentation en RCP Sarcome

Dossier présenté par le docteur : _____ Centre : _____

 Joindre CRA, CRO et Imagerie Non disponible

Motif de la présentation : Avis diagnostique Décision de traitement
 Suivi de traitement Surveillance

Condition de présentation : Tumeur primitive Récidive locale Récidive métastatique

Situation lors de la RCP : Avant biopsie Avant bilan d'extension Avis ttt néo-adjuvant
 Avant chirurgie Trait. post opératoire Après traitement
 Au moment de la rechute

Traitements déjà reçus :
 Chimiothérapie : _____
 Radiothérapie : _____
 Autres : _____

Informations sur le patient et la tumeur

➤ Antécédents du patient :

<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Syndrome de Gardner	<input type="checkbox"/> Syndrome de Paget
<input type="checkbox"/> Cancer antérieur	<input type="checkbox"/> Syndrome de Li Fraumeni	<input type="checkbox"/> Maladie d'Ollier
<input type="checkbox"/> Tumeur sur tissus/os irradiés	<input type="checkbox"/> Recklinghausen	<input type="checkbox"/> Syndrome de Maffucci
<input type="checkbox"/> Tumeur sur lymphoedème	<input type="checkbox"/> Neurofibromatose	<input type="checkbox"/> Maladie exostosante
<input type="checkbox"/> Immunodéprimé – HIV	<input type="checkbox"/> Rétinoblastome	<input type="checkbox"/> Autres syndromes génétiques
<input type="checkbox"/> Immunodéprimé – autre	<input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Non disponible

➤ Début de la maladie :

Date de diagnostic : ____/____/____	Circonstance de découverte de la maladie : <input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> Fortuite <input type="checkbox"/> Manifestation clinique <input type="checkbox"/> Ne sais pas
--	--

➤ Description de la tumeur primaire :

Type de tumeur : Tissus mous Viscérale Osseuse Origine indéterminée

Siège de la tumeur primaire : _____

Taille de la tumeur : Connue Inconnue

Taille de la tumeur primaire (ordre de priorité : anapath, imagerie, clinique) : _____ mm

Latéralité : ND D G Bilatérale Inconnue

Sarcome des tissus mous et tumeurs viscérales

Localisation : Sus aponévrotique Sous
 Histologie : _____
 Date du prélèvement : ____/____/____
 Grade tumeur 0 1 2
3 NA Inconnu
 Relecture dans un centre RRePS : Oui Non

Sarcomes osseux

Multifocal : Oui Non
 Histologie : _____
 Date du prélèvement : ____/____/____
 Grade tumeur 1 2 3
NA Inconnu
 Relecture dans un centre GFPO : Oui Non

Métastatique d'emblée : Oui Non Skip Inconnue

➤ **Prise en charge initiale et suivi :**

Imagerie avant chirurgie initiale : Non Echographie Radio simple Scanner IRM
 Biopsie initiale : Non Biopsie aiguille Biopsie chir Biopsie SAI Cytologie

Chirurgie : Oui Non
 Lieu de 1^{ère} chirurgie : Centre NetSarc Hors centre Netsarc
 Résection en 1 fois : R0 R1 R2 avec plusieurs fragments Non évaluable Inconnue
 Reprise d'exérèse : Non Pas reliquat Reliquat Non évaluable Inconnue
 Qualité reprise : R0 R1 R2
 Date de la première chirurgie : ____/____/____

Date des dernières nouvelles : ____/____/____ Rémission : Partielle Complète Non

➤ **Evolution :**

Maladie évolutive : Locale Métastatique Locale et métastatique Non
 Date de la 1^{ère} progression locale: ____/____/____ Date de la 1^{ère} progression métastatique: ____/____/____
 Métastases : Pulmonaire Osseuse Hépatique Cérébrale Lymphatique Médulaire
Pleurale Cutanée Péritonéale Autre : _____

Réponse de la RCP (chronologie de 1 à 3)

Date de RCP : ____/____/____

Indication lors de la RCP :

<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> Chimio néo-adjuvante	<input type="checkbox"/> Radiothérapie néo-adjuvante
<input type="checkbox"/> Relecture anapath	<input type="checkbox"/> Chimio adjuvante	<input type="checkbox"/> Radiothérapie adjuvante
<input type="checkbox"/> Bilan d'extension	<input type="checkbox"/> Chimio métastatique	<input type="checkbox"/> Radiothérapie palliative
<input type="checkbox"/> Chirurgie tumeur primaire	<input type="checkbox"/> Poursuite protocole chimio	<input type="checkbox"/> Absence radiothérapie
<input type="checkbox"/> Chirurgie métastatique	<input type="checkbox"/> Modification protocole chimio	<input type="checkbox"/> Hormonothérapie
<input type="checkbox"/> Reprise chirurgicale	<input type="checkbox"/> Modification dose chimio	<input type="checkbox"/> Soins de support et/ou palliatifs
<input type="checkbox"/> Absence chirurgie	<input type="checkbox"/> Absence indication chimio	<input type="checkbox"/> Absence ind. ttt. complémentaire
<input type="checkbox"/> Demande examens complémentaires	<input type="checkbox"/> Indication ILP	<input type="checkbox"/> Surveillance
<input type="checkbox"/> Demande avis autres spécialistes	<input type="checkbox"/> Dossier à représenter après discussion avec le patient	
<input type="checkbox"/> Avis autre RCP		

Lieu de traitement : Centre Netsarc Autre : _____

Proposition d'inclusion dans essai clinique : Non Oui Lequel : _____

➤ **Commentaires/Conclusion lors de la RCP :**

