**RCP du :**  **Médecin demandeur :**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom de naissance : Nom d’usage :

Prénom : Sexe :  H  F

Date de naissance : CP / Ville de résidence :

**Etablissement de prise en charge** :

**Correspondants : Médecin traitant :**

**Autres médecins :**

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**Traitements concomitants pertinents** :

**Facteurs de risques**

Fumeur actif  Ancien Fumeur  N’a jamais fumé \_\_\_\_\_ paquets/années

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

**Phototype** :  I – Roux, blond pale  II – Blond, yeux clairs, peau claire  IIIa – Chatain, yeux clairs

III.b – Châtain – Yeux foncés  IV – Brun, yeux foncés

V – Peau mate, yeux et cheveux foncés, asiatique, métis  Noir

**Immunodépression**  Oui  Non

**Autres facteurs de risques** :

**DONNÉES MÉDICALES**

**Situation clinique actuelle :**

**Phase de la maladie** :  Phase initiale  Rechute **Progression** :  Locale  Régionale  A distance

**Echelle de performance OMS** :  1  2  3  4  5 Date d’observation :

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

**Score G8** : Date : **Consultation Oncogériatrique** :  Oui  Non  Programmée

**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 :**

**TUMEUR**

**Type** :  Primitif  Secondaire  Inconnu

**Siège de la tumeur (code CIM)** :

Commentaire localisation :

**Latéralité** :  Droite  Gauche  Médian  Bilatérale

**Taille clinique de la tumeur** (en cm) :

**Stades AJCC I*nitial*** Stade T : Stade N : Stade M :

***Actuel*** Stade T : Stade N : Stade M :

**Bilan d’extension initial** :

**Prélèvement**:  Exérèse  Biopsie du :  Pas d’histologie

**Taille histologique de la tumeur** (mm) :

**Marges cliniques d’exérèse** (mm) : Latérales : Profondes :

**Marges histologiques d’exérèse** (mm) : Latérales : Profondes :

**Indice de Breslow** :

**Niveau Clark** :  I  II  III  IV  V

**G+/G** : **N+/N** :

**Régression** :  oui  non **Ulcération** :  oui  non

**Métastases** :

**Type histologique (ADICAP) :**

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

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

**Commentaires/tumeur :**

**PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

**Question posée :**

**Statut du cas présenté** :  Discuté  Enregistré

**Type de proposition :**

Décision de traitement  Décision reportée  Surveillance  Nécessité d’examens complémentaires

RCP de recours régionale  RCP de recours inter-régionale  RCP de recours national

**Prise en charge**

Chimio-embolisation  Chimio radio-concomitante  Chimiothérapie  Chirurgie  Curiethérapie

Hormonothérapie  Immunothérapie  Irathérapie  Nécessité d’examens complémentaires

Radio-embolisation  Radio-fréquence  Radiothérapie  Soins palliatifs/soins de support

Surveillance  Thérapie ciblée  Autre

**Description de la proposition de prise en charge :**

Proposition correspondant à la recommandation/au référentiel de pratique clinique

Proposition d'inclusion dans un essai clinique Nom de l’essai :