**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 du patient Médecin traitant :** ……………………………………..……… Gastro-entérologue : .……………………………………………………… Chirurgien : ………………………………………………….…….. Autres : ……………………………………………….…………………………….

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

**Facteurs de risques :** Fumeur actif  Ancien Fumeur  N’a jamais fumé \_\_\_\_\_ paquets/années

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

Intoxication alcoolique :

Autres facteurs de risques :

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**Marqueurs biologiques**

Date : CA 19.9 : ACE : αFP :

Chromogranine : NSE : Autres:

Date : CA 19.9 : ACE : αFP :

Chromogranine : NSE : Autres:

**SITUATION CLINIQUE ACTUELLE**

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

**Capacité de vie / OMS / Performance Status** : 0 1 2 3 4 Date d’observation :

**Description de la situation clinique actuelle** :

**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

**TUMEUR**

**Type** :  Primitif  Secondaire  Inconnu

**Siège de la tumeur** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Commentaire localisation :

Latéralité :  Droite  Gauche  Médian  Bilatérale

u i **T |\_\_\_\_\_| N |\_\_\_\_| M |\_\_\_\_|** Autres stades :

**Bilan d’extension initial** :

**Prélèvement**:  Histologie  Cytologie du |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Pas d’histologie

**Type histologie** (ADICAP) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Tumeur rare

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

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

**y pT |\_\_\_\_\_| pN |\_\_\_\_| pM |\_\_\_\_| R |\_\_\_\_|**

**État des marges : N+/N :**  **HER2-neu : Ki67**(%)**:**

**Phénotype RER/MSI :**  MSS  MSI  Non fait

**Mutations somatiques portées par la tumeur** : KRAS :  Muté  Sauvage  En attente  Non cherché

NRAS :  Muté  Sauvage  En attente  Non cherché

BRAF :  +  -  En attente  Non cherché

PDGFRA :  +  -  En attente  Non cherché

cKIT :  +  -  En attente  Non cherché

Autres :

**Mutations germinales (portées par le patient) :**

**Commentaires / Biologie Moléculaire :**

**Commentaires / Tumeur :**

**PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

**Question posée :**

Relecture de l’imagerie par le radiologue :  Oui  Non

**Proposition de prise en charge :**

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