**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 :** Chirurgien : ………………………………………………….……..

 Autres : ……………………………………………….………………………………………………………………………………………………..……….

**Les examens d’imagerie sont indispensables pour la discussion en RCP**

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**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 :

**Pronostic estimé de la maladie**: [ ]  < 3 mois [ ]  < 6 mois [ ]  entre 6 mois et 1 an [ ]  > 1 an [ ]  Inconnu

**Score Pronopall :**

**Patient Algique** [ ]  Oui [ ]  Non **EVA moyen :** Date d’observation :

**Localisation de la douleur** :

**Type de la douleur**: [ ]  Nociception [ ]  Neuropathique [ ]  Mixte

**Cause(s) présumée(s) de la douleur** :

**Patient déficitaire :**[ ]  Oui [ ]  Non

**Localisation(s) des lésions osseuses**: [ ]  Axiale [ ]  Périphérique

**Aspect des lésions osseuses** : [ ]  Condensant [ ]  Lyptique [ ]  Mixte

**Evolutivité des lésions osseuses :**

**Traitements antérieurs de la douleur et résultats :**

**Irradiation antérieure sur le site de la douleur :**

**Biphosphonates :** [ ]  Oui [ ]  Non **Antirank ligand :** [ ]  Oui [ ]  Non

**Traitements actuels de la douleur :**

**Examens d’imagerie disponibles :** [ ]  Oui [ ]  Non

*(Les examens d’imagerie sont indispensables pour la discussion en RCP)*

**Score G8** : ………………… Date : **Consultation Oncogériatrique** : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Programmée

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

**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

**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 |\_\_\_\_|**

**Biologie moléculaire / génétique :**

**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 :** ………………………………………………………………………………