**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 : ……………………………………………….…………………………….

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

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

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

Exposition professionnelle  Amiante  Autre :

Autres facteurs de risques :

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**DONNÉES MÉDICALES**

**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 :

**Ménopause :**  Oui  Non  Périménopause

**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 (code CIM)** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Commentaire localisation :

Latéralité :  Droite  Gauche  Médian  Bilatérale

**Tumeur multifocale**   **Tumeur multicentrique Précisez :**

**Taille clinique de la tumeur (en mm)** : **|\_\_\_\_\_| ACR droit** : **|\_\_\_\_\_|** **ACR gauche** : **|\_\_\_\_\_|**

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

**Classification FIGO : |\_\_\_\_\_| Score de Fagotti (ovaires) : |\_\_\_\_\_| Stadification (coelioscopie) :**  Oui  Non

**Bilan d’extension initial** :

**Prélèvement**:  Histologie  Cytologie Date :  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 |\_\_\_\_|**

**Etat des marges** :

**Taille histologique de la tumeur (mm)** : **|\_\_\_\_\_|**

**MSBR (EE/SBR) : |\_\_\_\_\_| Précisions SBR :**

**GS+/GS : Curage N+/N :**

**RE (%) : |\_\_\_\_\_||\_\_\_\_\_| RP (%) : |\_\_\_\_\_||\_\_\_\_\_| Ki67(%) : |\_\_\_\_\_||\_\_\_\_\_| HER2-neu : |\_\_\_\_\_| Hybridation in situ :** ………………………………

**Carcinome in situ associé (CIS)**:  Oui  Non

**Tests génomiques prédictifs** (ex : ONCOTYPE, PAM 50, Endoprédict…) :

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

**Mutations somatiques (portées par la tumeur) :**

**BRCA1**  Non fait  Mutation  délétère Mutation sans signification  Pas de mutation

**BRCA2**  Non fait  Mutation  délétère Mutation sans signification  Pas de mutation

**P53** :  Oui  Non  Non recherché  Inconnu  En attente

**Autres :**

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

**BRCA1 :**  Non fait  Mutation  délétère Mutation sans signification  Pas de mutation  En attente

**BRCA2 :**  Non fait  Mutation  délétère Mutation sans signification  Pas de mutation  En attente

**HNPCC :**  Oui  Non  Non recherché  Inconnu  En attente

**Autres :**

**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 :**