**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 :** ……………………………………..……… Hépato-gastro :..………………………………………………………

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

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

**Antécédents**

**Facteurs de risques**

**Statut tabagique :** Fumeur actif  Ancien Fumeur  N’a jamais fumé \_\_\_\_\_ paquets/années

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

**Prise anticoagulant** :  Oui  Non  **Prise** **antiagrégant** :  Oui  Non

**Cirrhose** :  Oui  Non  Incertain

**Etiologie/cause**

Intoxication alcoolique**:**  Oui  Non  Sevré, délai de sevrage :

VHC  Hémochromatose  Dysmétabolisme  VHC, guéri :  Oui  Non

Autres, précisez :

Présence d’http / varices œsophagiennes :  Oui  Non

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 :

**Albumine** (g/l) : **Ascite** : 1 2 3 **Bilirubine** (µmol/l) : **Encéphalopathie** : 1 2 3

**Créatinine** (µmol/l) : **TP** (%) : **INR** :

**Score MELD** : **Grade ALBI** : **Score CHILD PUGH** : , date :

αFP (ng/ml) : Date :

αFP (ng/ml) : Date :

αFP (ng/ml) : Date :

**CA 19.9**(UI/ml)**:**

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

**Caractéristique atteinte hépatique** :  Unilobaire infiltrant  Unilobaire non-infiltrant  Bilobaire infiltrant  Bilobaire non-infiltrant

**Segments** :  I  II  III  IV  V  VI  VII  VIII

**Nombre nodules hépatiques** : **Taille max de la + grosse tumeur** (cm) : **Envahissement vasculaire tumoral** :  Oui  Non

**Métastases hépatiques**  Oui  Non **Stade BCLC** : 0 A B C D **Critère de Milan** :  Oui  Non

**Score AFP Duvoux** : **Critère UCSF** :  Oui  Non

Commentaire localisation :

**Imagerie** : Hypervascularisation au temps artériel :  Oui  Non

Lavage au temps portal et/ou tardif :  Oui  Non

Diagnostic radiologique typique

**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 :**

**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 :**