**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 :** ……………………………………..……… Pneumologue : …………………………………………………………………

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

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**Symptôme rachidien :** AucunDouleur  Troubles sphinctériens  Autre

**Tétraparésie** LégèreModérée  Complète **Paraparésie** LégèreModérée  Complète

Précision ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………...…

**Symptôme cérébraux :** AucunCrise(s) convulsive(s)  Céphalées  HTIC  Déficit sensitivo-moteur

Troubles visuelsTroubles aphasiques  Troubles du comportement  Troubles de la vigilance  Autre

Précision ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

**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 :

**Karnofsky pré-opératoire (%)** ………………. **Karnofsky post-opératoire (%)** …………….….

**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)** : …………………………………………………………………………………….

Commentaire localisation : ……………………………………………………………………………… Latéralité :  Droite  Gauche  Médian  Bilatérale

Si Rachis, **atteinte vertébrale** de ………….. à ……………..  Etagé  Unique

|  |
| --- |
| ***Métastases cérébrales ou rachidiennes :*** *Nombre de métastases* ***|\_\_\_\_|*** *Taille de la plus volumineuse (cm)* ***|\_\_\_\_\_|***  *Localisation des métastases : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* |
| *Si métastases cérébrale,* ***Classification RPA******Classe I****: KPS ≥ 70 et âge ≤ 65ans et maladie primitive contrôlée et métastase cérébrale uniquement*  ***Classe II****: KPS ≥ 70 et âge > 65ans ou maladie primitive non contrôlée ou métastase cérébrale et extra-crâniennes* ***Classe III****: KPS < 70* |
| ***Immunohistochimie des métastases cérébrales ou rachidiennes***  ***CK7****:*  **+**  **- *CK20****:*  **+**  **- *RE****:*  **+**  **- *RP****:*  **+**  **- *TTF1****:*  **+**  **-**  ***HER2-neu :***  **-**  **+**  **++**  **+++**  *Equivoque* ***KRAS****:*  *Muté*  *Sauvage*  *En attente*  *Non cherché*  ***BRAF :***  *Muté*  *Sauvage*  *En attente*  *Non cherché* ***EGFR :***  *Muté*  *Sauvage*  *En attente*  *Non cherché*  ***Translocation ALK*** *:*  **+**  **-**  En attente  Non cherché *Autres : ……………………………………………………………………………………………..* |

**Bilan d’extension initial** :

**Prélèvement**:  Biopsie  Exérèse partielle  Exérèse subtotal  Exérèse complète du |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Pas d’histologie

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

**Grade** I II III IV V VI

**Classification RPA (Gliomes)**  Classe III : âge < 50ans et PS = 0  Classe IV : âge < 50ans et PS=1-2

Classe V : âge > 50ans et MMS < 27 ou biopsie seul et PS=1-2  Classe VI : âge > 50ans et PS=3-4

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

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

**Mutations somatiques portées par la tumeur** : 1p19q :  Codélété  Non codélété  En attente  Non cherché

MGMT :  Méthylé  Non Méthylé  En attente  Non cherché

IDH1 :  Muté  Non muté  En attente  Non cherché

IDH2 :  Muté  Non muté  En attente  Non cherché

Histons :  Muté  Sauvage  En attente  Non cherché

BRAF :  Muté  Sauvage  En attente  Non cherché

EGFR :  Muté  Sauvage  En attente  Non cherché

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

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

**Commentaires sur la Biologie Moléculaire :**

**Commentaires sur la 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 :** ………………………………………………………………………………