**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**

**Antécédents de neurofibromatose** :  Oui  Non  Suspecté

**Prise en charge antérieure** :  Surveillance radiologique  Irradiation  Chirurgie

**Symptômes** :  Syndrome vestibulaire  Atteinte du V droite  Atteinte du V gauche  Atteinte du VII  Autres

**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 :

**Classification de KOOS :**  Stade 1  Stade 2  Stade 3  Stade 4

**Date de l’Audiogramme :**

**Classification de Gardner-Robertson :** Grade à droite : I II III IV V Grade à gauche : I II III IV V

**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

**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

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

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

**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 :** ………………………………………………………………………………