**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 :** ………………………………………………………………………………