**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 :** ……………………………………..……… ORL  : …………………………………………………………………

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

**Antécédents et comorbidités**

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

Intoxication alcoolique  Oui  Non  Sevré

Recherche HPV  Oui  Non  En attente

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 :

**Bilan dentaire** :  Oui  Non  Absence de dent

**Soins bucco-dentaire** :  Effectués  Non Effectués  Programmé  A prévoir  Non nécessaire

**Poids habituel** : **Poids actuel** :

**Taille (cm)** : **IMC :**

**Evaluation nutritionnelle** :  Oui  Non  A prévoir  En attente

**Gastrostomie d’alimentation** ;  Posée  Non posée  Programmée  A prévoir  Non nécessaire

**Préservation de la fertilité** :  Faite/programmée  Non concerné/non adapté  A prévoir Préciser :

**Audiogramme** :  Fait  Non fait  A prévoir

**Echographie cardiaque :**  Faite  A prévoir

**Score G8** : Date : **Consultation Oncogériatrique** :  Oui  Non  Programmée

**Description de la situation clinique actuelle** :

**TUMEUR**

**Type** :  Primitif  Secondaire  Inconnu

**Siège de la tumeur** (code CIM) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Commentaire localisation :

Latéralité :  Droite  Gauche  Médian  Bilatérale

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

**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 |\_\_\_\_|**

**Immunohistochimie PDL1** :  < 1%  entre 1 et 49%  ≥50%  En attente

**Mutations somatiques portées par la tumeur** : P16 :  **+**  **-**

Autres :

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

**Commentaires sur la 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 :**