**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 :**