**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 :**  Endocrinologue :

Chirurgien :  Autres :

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

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

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

Prise en charge tabacologique :

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 :

**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

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

**Bilan d’extension initial** :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

**Biologie moléculaire / génétique :**

**Commentaires sur la Biologie Moléculaire :**

**BILAN POST-THÉRAPEUTIQUE**

**Date :** |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Type de traitement :**  Chirurgie  Irathérapie Préciser :

**Dosage de thyroglobuline (ng/ml) :**  Avec sevrage  Sans sevrage

**Commentaires / bilan post-thérapeutique :**

**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 :**