**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 :**