**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 :** ……………………………………..………

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

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

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

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

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 :

**Marqueurs biologiques :** Date : **Dosage des PSA (ng/ml)**:

**Statut mictionnel :**  Anurie  Dysurie  Pollakiurie  Absence de troubles fonctionnels mictionnels

**Hématurie :**  Macro  Micro  Absence

**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** :  cystoscopie  IRM  Scintigraphie  TEP  autre Date :

**Dosage préopératoire :** Date : αFP (ng/ml) : βCG (mUI/ml) : LDH (UI/l) :

**Prélèvement**:  Biopsie  chirurgie Date :  Pas d’histologie

**Complément Prostate BEGP :** Date : Toucher rectal : Poids/volume :

**Biopsies** : Droite :Biopsie +/B prélevées : ……../……... Gauche**:** Biopsie +/B prélevées : ….…../…..….. Total : Biopsie +/B prélevées : …….../……...

Précisez :

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

**Furhman**

**Gleason** : **Score ISUP** : Date : **Classification d’Amico** :

**Grade classification MSKCC :**  Bon  Intermédiaire  Mauvais

**Classification IGCCCG** : **Stade AJCC** :

**Invasion vasculaire**:  Oui  Non **Invasion lymphatique :**  Oui  Non

**Dosage préopératoire :** date : αFP (ng/ml) : βCG (mUI/ml) : LDH (UI/l) :

**Biologie Moléculaire/génétique :**

**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 :** ………………………………………………………………………………