**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 :** ………………………………………………………………………………