**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 : Médecin traitant :**

 **Autres médecins :**

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**Traitements concomitants pertinents** :

**Facteurs de risques**

[ ] Fumeur actif [ ]  Ancien Fumeur [ ]  N’a jamais fumé \_\_\_\_\_ paquets/années

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

**Phototype** : [ ]  I – Roux, blond pale [ ]  II – Blond, yeux clairs, peau claire [ ]  IIIa – Chatain, yeux clairs

 [ ]  III.b – Châtain – Yeux foncés [ ]  IV – Brun, yeux foncés

 [ ]  V – Peau mate, yeux et cheveux foncés, asiatique, métis [ ]  Noir

**Immunodépression** [ ]  Oui [ ]  Non

**Autres facteurs de risques** :

**DONNÉES MÉDICALES**

**Situation clinique actuelle :**

**Phase de la maladie** : [ ]  Phase initiale [ ]  Rechute **Progression** : [ ]  Locale [ ]  Régionale [ ]  A distance

**Echelle de performance OMS** : [ ]  0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 Date d’observation :

**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

**Commentaires :**

**TUMEUR**

**Type** : [ ]  Primitif [ ]  Secondaire [ ]  Inconnu

**Siège de la tumeur (code CIM)** :

Commentaire localisation :

**Latéralité** : [ ]  Droite [ ]  Gauche [ ]  Médian [ ]  Bilatérale

**Taille clinique de la tumeur** (en mm) :

**Stades AJCC I*nitial*** Stade T : Stade N : Stade M :

 ***Actuel*** Stade T : Stade N : Stade M :

**Bilan d’extension initial** :

**Prélèvement**: [ ]  Exérèse [ ]  Biopsie du : [ ]  Pas d’histologie

**Taille histologique de la tumeur** (mm) :

**Marges cliniques d’exérèse** (mm) : Latérales : Profondes :

**Marges histologiques d’exérèse** (mm) : Latérales : Profondes :

**Indice de Breslow** :

**Niveau Clark** : [ ]  I [ ]  II [ ]  III [ ]  IV [ ]  V

**G+/G** : **N+/N** :

**Régression** : [ ]  oui [ ]  non **Ulcération** : [ ]  oui [ ]  non

**Métastases** :

**Type histologique (ADICAP) :**

**Conclusion du CRO** *(à compléter si document non joint) :*

**Conclusion du CR ACP** *(à compléter si document non joint) :*

**Commentaires/tumeur :**

**PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

**Question posée :**

**Statut du cas présenté** : [ ]  Discuté [ ]  Enregistré

**Type de proposition :**

[ ]  Décision de traitement [ ]  Décision reportée [ ]  Surveillance [ ]  Nécessité d’examens complémentaires

[ ]  RCP de recours régionale [ ]  RCP de recours inter-régionale [ ]  RCP de recours national

**Prise en charge**

[ ]  Chimio-embolisation [ ]  Chimio radio-concomitante [ ]  Chimiothérapie [ ]  Chirurgie [ ]  Curiethérapie

[ ]  Hormonothérapie [ ]  Immunothérapie [ ]  Irathérapie [ ]  Nécessité d’examens complémentaires

[ ]  Radio-embolisation [ ]  Radio-fréquence [ ]  Radiothérapie [ ]  Soins palliatifs/soins de support

[ ]  Surveillance [ ]  Thérapie ciblée [ ]  Autre

**Description de la proposition de prise en charge :**

[ ]  Proposition correspondant à la recommandation/au référentiel de pratique clinique

[ ]  Proposition d'inclusion dans un essai clinique Nom de l’essai :