**Si vous n’avez pas accès au DCC merci de compléter la fiche informatiquement puis la faxer**

**Au Pôle Régional de Cancérologie de Bretagne : 02 99 28 99 68**

**Date de la réunion :**  **MEDECIN DEMANDEUR : Etablissement :**

 **(Nom – Prénom)**

 **e-mail : @ Tél :**

 **Fax :**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom de naissance : . Nom d’usage : .

Prénom : . Sexe [ ]  H [ ]  F

Date de naissance : . CP / Ville de résidence : .

**ANTECEDENTS NOTABLES**

Statut ménopausique : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  N/A (Homme)

[ ]  **Evénement Cardio-Vasculaire**[ ]  **Maladie auto-immune** [ ]  **Autres ATCD significatifs pertinents**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date(s) |  | Pathologie(s) |  | Commentaires |
| . |  | . |  | . |
| . |  | .  |  | . |
| . |  | .  |  | . |
| . |  | .  |  | . |
| . |  | .  |  | . |

[ ]  **Cancers antérieurs :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date(s) |  | Type |  | Rémission |  | Date dernier Traitement |
|  |  |  |  |  |  |  |
| . |  | . |  | [ ]  Oui [ ]  Non |  | . |
| . |  | . |  | [ ]  Oui [ ]  Non |  | .. |
| . |  | . |  | [ ]  Oui [ ]  Non |  | . |

**Commentaires** :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**SITUATION CLINIQUE ACTUELLE**

**Echelle de performance OMS** : [ ]  0 [ ] 1 [ ] 2 Date d’observation : .

**Score G8** : \_\_\_ /14 Date :

**Eléments cliniques pertinents** :

**TUMEUR**

[ ]  CUP [ ]  Dermatologie [ ]  Digestif [ ]  Gynécologie [ ]  Neurologie [ ]  ORL [ ]  Pneumologie [ ]  Sarcome [ ]  Sénologie [ ]  Urologie [ ]  Autres

**Siège de la tumeur primitive (CIM-10) : .**

**Commentaires/localisation :**

|  |  |
| --- | --- |
| . |  |

**Type histologie (ADICAP)** : .

**Sites** **métastatiques :**   [ ]  Ganglions [ ]  Poumon [ ]  Foie [ ] Os [ ]  Autres Préciser :

 Si Métastases cérébrales : [ ]  Oui [ ]  Non Traitées : [ ]  Oui [ ]  Non Stables : [ ]  Oui [ ]  Non

 Corticoïdes : [ ]  Oui (dose = \_\_\_\_ mg/jour) [ ]  Non

**Lésion(s) biopsiable(s) :**  [ ]  Oui [ ]  Non si oui commentaires : .

**Lésion(s) évaluable(s)** [ ]  Oui(lésion(s) non ganglionnaire(s) ≥ 1 cm et/ou ganglionnaire(s) de petit axe ≥ 1.5 cm) [ ]  Non

**Commentaire Tumeur :**

**BIOLOGIE**

**Date de la biologie :**

**ASAT(SGOT) : U/l ALAT(SGPT) : U/l Créatinine : µmol/l Clairance : ml/mn**

**BIOLOGIE MOLECULAIRE/GENETIQUE**

**Analyse tumorale :** [ ]  Disponible [ ]  Demandée [ ]  Non Demandée

**Résultat :** [ ]  Sans anomalie

 [ ]  Mutation : . Gène : .

 [ ]  Mutation : . Gène : .

**Statut MSS/MSI :** [ ]  Disponible [ ]  Demandée [ ]  Non Demandée

 Résultat : .

**Charge mutationnelle tumorale:** [ ]  Disponible [ ]  Demandée [ ]  Non Demandée

 Résultat : .

**Analyse constitutionnelle :** [ ]  Disponible [ ]  Demandée [ ]  Non Demandée

**Résultat :** [ ]  Sans anomalie

 [ ]  Mutation : . Gène : .

**Commentaire(s ) :**

**TRAITEMENTS ANTERIEURS**

**Radiothérapie :** [ ]  Oui [ ]  NonSite irradié 1**: . Date fin : .**

Site irradié 2**: . Date fin : .**

**Traitements systémiques (chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie, thérapie ciblée) :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du traitement** |  | **Type de Traitement** |  | **Date début** |  | **Date fin (MM/AAAA)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| . |  | [ ]  Néoadjuvant  |  | . |  | . |
|  |  |  |  |  |  |  |
| . |  | [ ]  Adjuvant |  | . |  | . |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . |  | [ ]  Métastatique 1ère ligne |  | . |  | . |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . |  | [ ]  Métastatique 2ème ligne |  | . |  | . |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . |  | [ ]  Métastatique 3ème ligne |  | . |  | . |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . |  | [ ]  Métastatique 4ème ligne |  | . |  | . |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . |  | [ ]  Métastatique 5ème ligne |  | . |  | . |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| . |  | [ ]  Métastatique X ligne |  | . |  | . |

**Progression confirmée sous la dernière ligne de traitement :** [ ]  Oui [ ]  Non

 Si Oui : Commentaire et date (MM/AA) : .

Si non : présentation anticipée en vue d’une progression à venir : [ ]  Oui [ ]  Non

*Si le patient a reçu des anthracyclines ou du cisplatine ou mitomycine-c merci de préciser la dose totale reçue en mg/m² : .*

**Toxicités séquellaires :** [ ]  Oui [ ]  No Types et grade : .

**Commentaires : .**

 **TRAITEMENTS CONCOMITANTES PERTINANTS (anticoagulants, corticoïdes, insuline etc.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Traitement(s)** |  | **Indication(s)** |  |

**1- . .**

**2- . .**

**3- . .**

**4- . .**

**5- . .**

**MEDECIN DEMANDEUR**

**Question posée à la RCP : .**