

Documents à joindre : CRA CRO CR consultations Imagerie
Le recueil du consentement du patient est à la charge du médecin demandeur

RCP du

Médecin demandeur (Nom, Prénom, Ville) :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de jeune fille Nom d'usage

Prénom Sexe H F

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

Etablissement de prise en charge :

Correspondants du patient

Médecin traitant (Nom, Prénom, Ville) :

Pneumologue (Nom, Prénom, Ville) :

Chirurgien : (Nom, Prénom, Ville)

Autres :

Clinique et Para-clinique

Antécédents (familiaux, personnels, chirurgicaux)/Comorbidités :

Histoire de la maladie

Facteurs de risques :

Statut tabagique : Fumeur actif Ancien fumeur N'a jamais fumé

Nombre de paquets/années :

Prise en charge tabacologique :

Délai de sevrage :

Exposition professionnelle :

Autres facteurs de risques :

Situation clinique actuelle

Phase de la maladie : Phase initiale Rechute

Date de rechute :

Progression : Locale Régionale A distance

Echelle de performance OMS : 0 1 2 3 4

Date d'observation :

Commentaire/ 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)

SITE	Adresse mail sécurisée	☎	Télécopieur
Site de Rennes	poleregionalcancerologie@telesantebretagne.org	02 99 28 99 56	02 99 28 99 68
Site de Brest	poleregionalcancerologie-brest@telesantebretagne.org	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67

Documents à joindre : CRA CRO CR consultations Imagerie
Le recueil du consentement du patient est à la charge du médecin demandeur

Tumeur

Numéro de la tumeur : |____| Primitif Secondaire Inconnu

Siège de la tumeur (CIM - 10) :

Commentaire/ localisation :

Latéralité : Droite Gauche Médian Bilatérale Non applicable

Stade T |____| Détail T |____| Stade N |____| Stade M |____|

Version du TNM clinique :

Autres stades :

Bilan d'extension initial :

Type de prélèvements : Histologie Cytologie du |____| / |____| / |____| Pas d'histologie

Type histologie (ADICAP) : Tumeur rare

Conclusion du CRO (à compléter si document non joint)

Conclusion du CR ACP – Commentaires histologie (à compléter si document non joint)

y Stade pT |____| Détail pT |____| Stade pN |____| Stade pM |____| R |____|

Biologie moléculaire

Numéro d'ADN :

Charge mutationnelle (en nombre de mutation par paires de bases) :

Caractérisation de la mutation

Numéro de la mutation :

Mutation :

Expression de la mutation : Cellules tumorales (%) : Fréquence de la mutation (%) :

Type de mutation : Germinale Somatique

Autres anomalies :

Proposition de prise en charge

Question posée à la RCP :

Statut du cas présenté : Discuté Enregistré

SITE	Adresse mail sécurisée	☎	Télécopieur
Site de Rennes	poleregionalcancerologie@telesantebretagne.org	02 99 28 99 56	02 99 28 99 68
Site de Brest	poleregionalcancerologie-brest@telesantebretagne.org	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67