**RCP du**  **Médecin demandeur :** ………………………………………………….……………………..………

**Lieu d’exercice du demandeur : ……………………………………………………**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom de naissance (ou d’adoption)..……………………………… Nom d’usage/marital ………………………………………………

Prénom …………………………………………………………………………. Sexe  H  F

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

**Etablissement de prise en charge** : ………………………………………………………………………..

**Correspondants du patient Médecin traitant :** ……………………………………..……… Gastro-entérologue : .……………………………………………………… Chirurgien : ………………………………………………….…….. Autres : ……………………………………………….…………………………….

**ANTÉCÉDENTS (familiaux, personnels, chirurgicaux) ET COMORBIDITÉS**

**Traitements concomitants pertinents** :  anti-coagulant  anti-agrégant – Précisez :

**Facteurs de risques :** Fumeur actif - Nombre de paquets/années : …………

Commentaires (Prise en charge tabacologique) :

Ancien Fumeur - Nombre de paquets/années : …………… Délais de sevrage/date de l’arrêt : …………………………………..

N’a jamais fumé

Intoxication alcoolique :  Oui , précisez : ……………………………………

Non  Sevré Délais de sevrage/date de l’arrêt : …………………………………………………

Autres facteurs de risques :

**Mode de vie :**

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**Marqueurs biologiques**

Date : CA 19.9 (UI/ml) : ACE (ng/ml) : αFP (ng/ml) :

Chromogranine A (UI/ml) : NSE (ng/ml) : Autres:

Date : CA 19.9 (UI/ml)  : ACE (ng/ml) : αFP (ng/ml):

Chromogranine A (UI/ml)  : NSE (ng/ml) : Autres:

**SITUATION CLINIQUE ACTUELLE**

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

**Echelle de Performance OMS: 0 1 2 3 4 Date d’observation :**

**Préservation de la fertilité :**  Faite/programmée  Non concerné/non adapté  A prévoir Préciser :

**Poids habituel (kg) : Poids actuel (kg) :**

**Taille (cm) : IMC actuel :**

**Dépistage G8 :**  Oui  Non  NSP

**Score G8** : …………………  **0  5** **Date de réalisation :**

Evaluation gériatrique **:**  Oui  Non  Programmée  NSP

**Commentaires / Situation clinique actuelle / Bilan d’imagerie** :

**Préservation de la fertilité** :  Faite/programmée  Non concerné/non adapté  A prévoir Préciser :

**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**

**Numéro de la tumeur :**

**Type** :  Primitif  Secondaire  Inconnu

**Groupe / Localisation :**  Canal anal  Côlon  Duodénum/Intestin Grêle  Estomac  Foie/Vésicule/Voies biliaires (intra et extra hépatique)  Œsophage  Pancréas  Péritoine  Rectum  Autre

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

Commentaire localisation :

Latéralité :  Droite  Gauche  Médian  Bilatéral  Non Applicable

u i **Stade T |\_\_\_\_\_| Détail T : |\_\_\_\_\_| Stade N |\_\_\_\_| Stade M |\_\_\_\_|** Autres stades :

**Bilan d’extension initial** :

**Prélèvement**:  Histologie  Cytologie du |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Pas d’histologie

**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 Stade pT |\_\_\_\_\_| Détail pT |\_\_\_\_\_| Stade pN |\_\_\_\_| Stade pM |\_\_\_\_| R |\_\_\_\_|**

**L :**  L0 : Absence d’embole lymphatique  L1 : Présence d’embole lymphatique

**V :**  V0 : Absence d’embole vasculaire  V1 : Présence d’embole vasculaire

**Pn :**  Pn0 : Absence d’engainement périnerveux  Pn1 : Présence d’engainement périnerveux

**État des marges : N+/N : …../…….**  **Ki67**(%)**:**

**HER2-neu :**  - (HER2 négatif)  + (HER2 normal)  ++ (HER2 légèrement surexprimé)  +++ (HER2 plus élevé que la normale)   
  Equivoque

**Commentaires / Tumeur :**

**Biologie moléculaire / génétique :**  Disponible  Non demandé  En attente

**Phénotype RER/MSI :**  MSS  MSI  Non fait

**Mutations somatiques portées par la tumeur** :

P16 :  Oui  Non  En attente  Non cherché  Inconnu

KRAS :  Muté  Non muté (Sauvage)  En attente Commentaire :

NRAS :  Muté  Non muté (Sauvage)  En attente Commentaire :

BRAF :  Muté  Non muté (Sauvage)  En attente Commentaire :

PDGFRA :  Muté  Non muté (Sauvage)  En attente Commentaire :

cKIT :  Muté  Non muté (Sauvage)  En attente Commentaire :

Autres :

**Mutations germinales (portées par le patient) :**

**Commentaires / Biologie Moléculaire :**

**PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

**Question posée :**

**Statut du cas présenté :**  Discuté  Enregistré

**Consultation d’oncogénétique :**  Faite  Programmée  A Programmer

**Proposition : ……………………………………….**

**Complément (Protocole, Molécules,…)………………………………………….. Condition :**  ET  OU  ET/OU  PUIS  SINON

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

**Tumeur rare**

**Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique**

**Proposition d'inclusion dans un essai clinique**