**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 :** ……………………………………..………

Chirurgien : ………………………………………………….…….. Autres : ……………………………………………….…………………………….

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

**Facteurs de risques :** Fumeur actif  Ancien Fumeur  N’a jamais fumé

Evaluation pondérale : Dénutrition  Insuffisance pondérale  Poids normal Surpoids  Obésité

IMC actuel :

Autres facteurs de risques :

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**SITUATION CLINIQUE ACTUELLE**

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

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

**Ménopause :**  Oui  Non  Périménopause

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

**Ménopause :**  Oui  Non  Périménopause

**Score G8** : Dépistage G8 :  Oui  Non  NSP

**Evaluation gériatrique** :  Oui  Non  Programmée  Ne sait pas

**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

**Description de la situation clinique actuelle** :

**TUMEUR**

**Numéro de la tumeur :**

**Type** :  Primitif  Secondaire  Inconnu

**Groupe / Localisation :**  Annexes  Col de l’utérus  Corps de l’utérus  Ovaire  Sein  Vagin  Vulve  Autre

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

**Commentaire localisation :**

**Latéralité :**  Droite  Gauche  Médian  Bilatérale  Non Applicable

**Tumeur multifocale**   **Tumeur multicentrique**

**Taille clinique de la tumeur (en mm)** : **|\_\_\_\_\_| ACR droit** : **|\_\_\_\_\_|** **ACR gauche** : **|\_\_\_\_\_|**

**Stade T |\_\_\_\_\_| Détail T : |\_\_\_\_\_| Stade N |\_\_\_\_| Stade M |\_\_\_\_|**

**Version du TNM clinique :**

**PEV : |\_\_\_\_|**

**Classification FIGO : |\_\_\_\_\_| Score de Fagotti (ovaires) : |\_\_\_\_\_| Stadification (cœlioscopie) :**  Oui  Non

**Bilan d’extension initial** :

**Type de prélèvement**:  Histologie  Cytologie **Date du prélèvement  :**   Pas d’histologie

**Type histologie** (ADICAP) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**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 |\_\_\_\_|**

**Etat des marges** :

**Taille histologique de la tumeur (mm)** : **|\_\_\_\_\_|**

**MSBR (EE/SBR) : |\_\_\_\_\_| Précisions SBR :** **Index mitotique :**

**Présences d’emboles vasculaires  Engainement périnerveux**

**Lymphocytes infiltrant la tumeur (TIL) :**

**GS+/GS : Curage N+/N :**

**RE : ……..**  +  ++ +++ -  **RP : ………**  +  ++ +++ -  **RA : ………**  +  ++ +++ -

**Ki67(%) : …………………………..**

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

**Hybridation in situ :** ………………………………

**Carcinome in situ associé (CIS)**:  Oui  Non

**Tests génomiques prédictifs** (ex : ONCOTYPE, PAM 50, Endoprédict…) :

**Commentaires / tumeur :**

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

**PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

**Question posée à la RCP :**

**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 d’inclusion dans un essai clinique**

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