**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

Exposition professionnelle  Amines aromatiques Nitrosamines  Hydrocarbures  Autres  :  Non

Autres facteurs de risques :

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**DONNÉES MÉDICALES**

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

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

**Statut mictionnel :**  Anurie  Dysurie  Pollakiurie  Absence de troubles fonctionnels mictionnels

**Hématurie :**  Macro  Micro  Absence

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

**Dépistage G8 :**  Oui  Non  NSP

**Score G8** : ………………… Date :

**Evaluation gériatrique :**  Oui  Non  Programmée  NSP

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

**Marqueurs biologiques :** Date : **Dosage des PSA (ng/ml)**:

**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 :**  Prostate  Rein  Testicule  Urètre  Verge  Vessie  Voies urinaires hautes  Autre

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

**Commentaire localisation :**

**Latéralité :**  Droite  Gauche  Médian  Bilatéral  Non applicable

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

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

**Bilan d’extension initial :**  cystoscopie  IRM  Scintigraphie  TEP  autre Date :

**Dosage préopératoire :** Date : αFP (ng/ml) : βCG (mUI/ml) : LDH (UI/l) :

**Type de prélèvement**:  Biopsie  chirurgie Date :  Pas d’histologie

**Complément Prostate BEGP :** Date : Toucher rectal : Poids/volume :

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

**Furhman**: **Score ISUP** : Date : **Grade classification MSKCC :**  Bon  Intermédiaire  Mauvais

**Gleason (Chirurgie)** : ….. + …..= …… **Classification d’Amico** :

**Classification IGCCCG** : **Stade AJCC** :

**Invasion vasculaire**:  Oui  Non **Invasion lymphatique :**  Oui  Non

**Dosage postopératoire :** date : αFP (ng/ml) : βCG (mUI/ml) : LDH (UI/l) :

**Grade histologique OMS 2004 : Risque de récidive ou de progression :  Faible  Intermédiaire  Elevé**

**Biologie Moléculaire/génétique :**

**Commentaires / tumeur :**

**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**