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

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

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom de naissance : ……………………..……………………………… Nom utilisé : ………………………………………………

1er Prénom de naissance……………………………………………… Sexe  H  F

Date de naissance / / Age : ……….

**Etablissement de prise en charge** :

**Correspondants du patient Médecin traitant :** ……………………………………..……… Dermato :..………………………………………………………

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

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

**Facteurs de risques**

Statut tabagique**:** Fumeur actif  Ancien Fumeur  N’a jamais fumé \_\_\_\_\_ paquets/années

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) : Dalai de sevrage / date de l’arrêt :

**Phototype** :  I – Roux, blond pale  II – Blond, yeux clairs, peau claire  IIIa – Chatain, yeux clairs

III.b – Châtain – Yeux foncés  IV – Brun, yeux foncés, peau mate

V – Peau mate, yeux et cheveux foncés, asiatiques mate, métisse  VI - Noir

**Immunodépression**  Oui  Non Précisez :

**Autres facteurs de risques** :

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**Traitements concomitants pertinents** :

**DONNÉES MÉDICALES**

**Situation clinique actuelle :**

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

Date de la rechute :

**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 :

**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

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

**TUMEUR**

**Mélanome  Carcinome épidermoïde  Mélanome oculaire  Autres tumeurs**

**Numéro de la tumeur : Type** :  Primitif  Secondaire  Inconnu

**Groupe / Localisation** : Crâne et cou, Epaule et Membre supérieur, Face, Fesse/Hanche/Aine/Membre inférieur, Méninge, Œil (choroïde et uvée), Peau SAI, Tronc

**Siège de la tumeur (code CIM)** : **Sièges métastases (CIM-10) :**

**Commentaires / localisation :**

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

**Diamètre max (mm) : Epaisseur max (mm) :**

**Extension :**  extra-scléral  nerf optique

**Vision altérée** :  Oui  Non Acuité visuelle :

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

**Stades AJCC**

**AJCC I*nitial*** : Stade T : Détail T : Stade N : Stade M : Stade :

***AJCC Actuel*** Stade T : Détail T : Stade N : Stade M : Stade :

**Adénopathies cliniques :**  Oui  Non **Adénopathies échographiques :**  Oui  Non

**Métastases**:  Oui  Non  En transit  A distance **Commentaires / Métastases :** ………………………………………………………

**Version du TNM clinique :**

**Bilan d’extension initial** :

**Type de prélèvement**:  Exérèse  Biopsie du :  Pas d’histologie

**Taille histologique de la tumeur** (mm) :

**Marges cliniques d’exérèse** (mm) : Latérales : Profondes :

**Marges histologiques d’exérèse** (mm) : Latérales : Profondes :

**Type histologie (ADICAP) :**

**Conclusion du CRO** *(à compléter si document non joint) :*

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

**Symptômes neurologiques d’envahissement :**  oui  non **Zone à risque** :  oui  non **Précisez**: …………………………

**Différenciation**:  Bonne  Moyenne  Indifférenciée

**Indice de Breslow / Epaisseur tumeur (mm)** :

**Niveau Clark / Profondeur**  :  I  II  III  IV  V

**Engainement périnerveux :**  oui  non **Adhérence au plan profond :**  oui  non

**Groupe pronostique :**

**Embols lymphatiques** :  +  - **Embols vaculaires** :  +  -

**Régression** :  oui  non **Index mitotique :**  < 1/mm²  > 1/mm²  = 1/mm²

**Ulcération** :  oui  non **Envahissement locorégional :**  Oui  Non  Douteux

**Analyse du ganglion sentinelle :**  oui  non

**Curage ganglionnaire :**  oui  non

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

Immunohistochimie PDL1 (%) :

Phénotype RER/MSI :  MSS  MSI  non fait

Mutations somatiques portées par la tumeur : NRAS :  muté  Non muté (sauvage)  en attente

cKIT :  muté  Non muté (sauvage)  en attente

BRAF :  muté  Non muté (sauvage)  en attente

Autres :

Mutations germinales (portées par le patient) :

**Commentaires/tumeur :**

**MARQUEURS BIOLOGIQUES**

**Date :**

**LDH (UI/L) :**

**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**

**Enregistrement à prévoir :**  CARADERM  OB’AJA

**Proposition d’inclusion dans un essai clinique Nom de l’essai/Protocole :** ……………………………………………………………………………………………

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

**Référentiel utilisé :**