**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 :**