**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**

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**Facteurs de risques :**

[ ] Fumeur actif [ ]  Ancien Fumeur \_\_\_\_\_ paquets/années [ ]  N’a jamais fumé

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

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

 [ ]  IIIb – Châtain – Yeux foncés [ ]  IV – Brun, yeux foncés

 [ ]  V – Peau mate, yeux et cheveux foncés, asiatique, métis [ ]  VI – Noir

Immunodépression [ ]  Oui [ ]  Non

Autres facteurs de risques :

Traitements concomitants pertinents :

**DONNÉES MÉDICALES**

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

**Situation clinique actuelle :**

**Echelle de performance OMS** : [ ]  0 [ ]  1 [ ]  2[ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 Date d’observation :

**Score G8** : Date : **Evaluation gériatrique** : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Programmée

**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**

**Type** : [ ]  Primitif [ ]  Secondaire [ ]  Inconnu

**Siège de la tumeur** :

Commentaire localisation :

Latéralité : [ ]  Droite [ ]  Gauche Diamètre max : mm Epaisseur max : mm

Extension : [ ]  Extra-scléral [ ]  Nerf optique

Vision altérée : [ ]  oui [ ]  non Acuité visuelle :

Métastases : [ ]  oui [ ]  nonSi oui, localisation des métastase :

**Bilan d’extension initial** :

**Prélèvement**: [ ]  Exérèse [ ]  Biopsie du [ ]  Pas d’histologie

**Type histologique (ADICAP) :** [ ]  **Tumeur rare**

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

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

Indice de Breslow : Niveau Clark : [ ]  I [ ]  II [ ]  III [ ]  IV [ ]  V

Index mitotique : [ ]  <1/mm2 [ ]  >1/mm2 Envahissement locorégional : [ ]  oui [ ]  non

Régression : [ ]  oui [ ]  non Ulcération : [ ]  oui [ ]  non

G+/G : N+/N : Rupture capsulaire : [ ]  oui [ ]  non Taille du plus volumineux (en mm) :

**Immunohistochimie PDL1 (%) : Phénotype RER/MSI :** [ ]  MSS [ ]  MSI [ ]  Non fait

**Biologie Moléculaire/Génétique** : NRAS : [ ]  Muté [ ]  Sauvage [ ]  En attente [ ]  Non cherché

 cKIT : [ ]  + [ ]  - [ ]  En attente [ ]  Non cherché

 BRAF : [ ]  + [ ]  - [ ]  En attente [ ]  Non cherché

 Autres :.

**Commentaires :**

**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 :**