**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 :**