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

 **Lieu d’exercice du 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 :** ……………………………………..……… Gastro-entérologue : .……………………………………………………… Chirurgien : ………………………………………………….…….. Autres : ……………………………………………….…………………………….

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

**Traitements concomitants pertinents** : [ ]  anti-coagulant [ ]  anti-agrégant – Précisez :

**Facteurs de risques :** [ ] Fumeur actif - Nombre de paquets/années : …………

 Commentaires (Prise en charge tabacologique) :

 [ ]  Ancien Fumeur - Nombre de paquets/années : …………… Délais de sevrage/date de l’arrêt : …………………………………..

 [ ]  N’a jamais fumé

 Intoxication alcoolique : [ ]  Oui , précisez : ……………………………………

 [ ]  Non [ ]  Sevré Délais de sevrage/date de l’arrêt : …………………………………………………

Autres facteurs de risques :

**Mode de vie :**

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**Marqueurs biologiques**

Date : CA 19.9 (UI/ml) : ACE (ng/ml) : αFP (ng/ml) :

Chromogranine A (UI/ml) : NSE (ng/ml) : Autres:

Date : CA 19.9 (UI/ml)  : ACE (ng/ml) : αFP (ng/ml):

Chromogranine A (UI/ml)  : NSE (ng/ml) : Autres:

**SITUATION CLINIQUE ACTUELLE**

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

**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 :

**Poids habituel (kg) : Poids actuel (kg) :**

**Taille (cm) : IMC actuel :**

**Dépistage G8 :** [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  NSP

**Score G8** : ………………… [ ]  **0** [ ]  **5** **Date de réalisation :**

Evaluation gériatrique **:** [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Programmée [ ]  NSP

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

**Préservation de la fertilité** : [ ]  Faite/programmée [ ]  Non concerné/non adapté [ ]  A prévoir Préciser :

**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 :** [ ]  Canal anal [ ]  Côlon [ ]  Duodénum/Intestin Grêle [ ]  Estomac [ ]  Foie/Vésicule/Voies biliaires (intra et extra hépatique) [ ]  Œsophage [ ]  Pancréas [ ]  Péritoine [ ]  Rectum [ ]  Autre

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

Commentaire localisation :

Latéralité : [ ]  Droite [ ]  Gauche [ ]  Médian [ ]  Bilatéral [ ]  Non Applicable

[ ]  u[ ]  i **Stade T |\_\_\_\_\_| Détail T : |\_\_\_\_\_| Stade N |\_\_\_\_| Stade M |\_\_\_\_|** Autres stades :

**Bilan d’extension initial** :

**Prélèvement**: [ ]  Histologie [ ]  Cytologie du |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| [ ]  Pas d’histologie

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

**L :** [ ]  L0 : Absence d’embole lymphatique [ ]  L1 : Présence d’embole lymphatique

**V :** [ ]  V0 : Absence d’embole vasculaire [ ]  V1 : Présence d’embole vasculaire

**Pn :** [ ]  Pn0 : Absence d’engainement périnerveux [ ]  Pn1 : Présence d’engainement périnerveux

**État des marges : N+/N : …../…….**  **Ki67**(%)**:**

**HER2-neu :** [ ]  - (HER2 négatif) [ ]  + (HER2 normal) [ ]  ++ (HER2 légèrement surexprimé) [ ]  +++ (HER2 plus élevé que la normale)
 [ ]  Equivoque

**Commentaires / Tumeur :**

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

Phénotype RER/MSI : [ ]  MSS [ ]  MSI [ ]  non fait

Mutations somatiques portées par la tumeur : P16 : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  en attente [ ]  Non recherché [ ]  Inconnu

 KRAS : [ ]  muté [ ]  Non muté (sauvage) [ ]  en attente

 NRAS : [ ]  muté [ ]  Non muté (sauvage) [ ]  en attente

 BRAF : [ ]  muté [ ]  Non muté (sauvage) [ ]  en attente

 PDGFRA : [ ]  muté [ ]  Non muté (sauvage) [ ]  en attente

 cKIT : [ ]  muté [ ]  Non muté (sauvage) [ ]  en attente

 Autres :

Mutations germinales (portées par le patient) :

Commentaires / Biologie moléculaire :

**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**