**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 : ……………………………………………….…………………………….

**Motif de la prise en charge** : [ ] Ajustement thérapeutique [ ]  Avis diagnostique [ ] Décision de traitement [ ] Prise en charge initiale

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

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**SITUATION CLINIQUE ACTUELLE**

**Phase de la maladie** : [ ]  Phase initiale [ ]  Rechute – Date : / / **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 :

**Constatations endoscopiques :** Date de la procédure : / / Taille : ………..mm

Localisation**:** [ ]  Œsophage epidermoïde [ ]  Œsophage Barrett [ ]  Estomac [ ]  Duodénum [ ]  Papille [ ]  Côlon [ ]  Rectum [ ]  Autres : …………………….

Classification de Paris : [ ]  O-Ip(Pédiculée) [ ]  O-Is(Sessile) [ ]  O-IIa (Plan-Surelevé) [ ]  O-IIb (Plan-Plan) [ ]  O-IIc (Déprimé) [ ]  O-III (Ulcéré)

LST : [ ]  granulaire homogène [ ]  nodulaire avec macronodule [ ]  non granulaire [ ]  non granulaire pseudo déprimée [ ]  granulaire pseudo déprimée

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

**CHIRURGIE**

**Endoscopie**: [ ]  Oui [ ]  Non

**Chirurgie :** [ ]  Oui [ ]  Non

**R** : [ ]  RX[ ]  R0[ ]  R1 [ ]  R2

**Chirurgie itérative :** [ ]  Oui [ ]  Non

**Type de résection :** [ ]  Biopsie seule[ ]  Chirurgie Classique [ ]  Résection endoscopique,

**Complément de destruction au plasma argon :** [ ]  Oui [ ]  Non[ ]  **Impression endoscopique de résection complète :** [ ]  Oui [ ]  Non

**TUMEUR**

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

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

**Commentaires / localisation :**

**Latéralité** : [ ]  Droite [ ]  Gauche [ ]  Médian [ ]  Bilatérale [ ]  Non applicable

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

Version du TNM clinique :

**Bilan d’extension initial** :

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

**Relecture anapath** : [ ]  Oui [ ]  NonDate : |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Type histologie** (ADICAP) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Différenciation cellulaire** : [ ]  Bien différencié [ ]  Moyennement différencié [ ]  Peu différencié

**Taille de la pièce** : …..mm \* …..mm [ ]  Fragments

**Lésion** : Diamètre total (A) : ……… mm

Marges latérales : [ ]  Saines [ ]  DBG [ ]  DHG [ ]  Infiltrantes [ ]  Non évaluables

Marges verticales : [ ]  Saines [ ]  Infiltrantes [ ]  Non évaluables

**Diamètre du cancer :** Epaisseur (B) : ……….mm Carcinome intra-muqueux : [ ]  M1 [ ]  M2 [ ]  M3 [ ]  M4 que pour EBO

Envahissement de la sous muqueuse : [ ] Oui [ ]  Non [ ]  Non évaluable

Embole : [ ]  Oui : [ ] Vasculaire [ ]  Lymphatique

 [ ]  Non

Engainement périnerveux :[ ]  Oui [ ]  Non

Budding : [ ]  Score 1 (<5) [ ]  Score 2 (5-9) [ ]  Score 3 (≥10) [ ]  Pas de budding

Classification de Haggitt (si polype pédiculé) : [ ]  Niveau 0 [ ]  Niveau 1 [ ]  Niveau 2 [ ]  Niveau 3 [ ]  Niveau 4

**Commentaires / Tumeur :**

**PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

**Question posée :**

**Statut du cas présenté** : [ ]  Discuté [ ]  Enregistré

**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**