**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**