**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 :** ……………………………………..……… Gynécologue  : ……………………………………………….…………………….

Chirurgien :……………………………………..……… Autres  : ……………………………………………….…………………….

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

**Facteurs de risques :** Fumeur actif  Ancien Fumeur  N’a jamais fumé

Evaluation pondérale : Dénutrition  Insuffisance pondérale  Poids normal Surpoids  Obésité

IMC actuel :

Autres facteurs de risques :

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**SITUATION CLINIQUE ACTUELLE**

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

**Echelle de performans OMS** : 0 1 2 3 4 Date d’observation :

**Patiente issue du dépistage organisé :**  Oui  Non

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

**Ménopause :**  Oui  Non  Périménopause

**Score G8** : Dépistage G8 :  Oui  Non  NSP

**Evaluation gériatrique** :  Oui  Non  Programmée  Ne sait pas

**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

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

**TUMEUR**

Gynécologie  Ne sait pas  Autre

**Numéro de la tumeur :**

**Type** :  Primitif  Secondaire  Inconnu

**Groupe / Localisation :**  Annexes  Col de l’utérus  Corps de l’utérus  Ovaire  Sein  Vagin  Vulve  Autre

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

**Commentaire localisation :**

**Latéralité :**  Droite  Gauche  Médian  Bilatérale  Non Applicable

**Stade T |\_\_\_\_\_| Détail T : |\_\_\_\_\_| Stade N |\_\_\_\_| Stade M |\_\_\_\_|**

**Version du TNM clinique :**

**Classification FIGO : |\_\_\_\_\_| Détails FIGO :**

**Score de Fagotti (ovaires) : |\_\_\_\_\_| Stadification (cœlioscopie) :**  Oui  Non

**Bilan d’extension initial** :

**Type de prélèvement**:  Histologie  Cytologie **Date du prélèvement  :**   Pas d’histologie

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

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

**Présences d’emboles vasculaires  Engainement périnerveux**

**Lymphocytes infiltrant la tumeur (TIL) :**

**Curage N+/N :**

**Commentaires / tumeur :**

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

Mutations somatiques (portées par la tumeur) :

P53 : Oui  Non  Non recherché  Inconnu - Commentaire :

BRCA1 :  Non fait  Mutation délétère  Mutation sans signification  Pas de mutation - Commentaire :

BRCA2 :  Non fait  Mutation délétère  Mutation sans signification  Pas de mutation - Commentaire :

Autres :

Mutations germinales (portées par le patient) :

BRCA1 :  Non fait  Mutation délétère  Mutation sans signification  Pas de mutation  En attente – Commentaire :

BRCA2 :  Non fait  Mutation délétère  Mutation sans signification  Pas de mutation  En attente - Commentaire :

HNPCC :  Oui  Non  Non recherché  Inconnu  En attente - Commentaire :

Autres :

Commentaires / Biologie moléculaire :

**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**

**Proposition d’inclusion dans un essai clinique Nom de l’essai/Protocole :** ……………………………………………………………………………………………

**Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique**

**Référentiel utilisé :**