**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 :**