**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 :** ……………………………………..……… Hépato-gastro :..………………………………………………………

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

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

**Facteurs de risques**

**Statut tabagique :** [ ] Fumeur actif [ ]  Ancien Fumeur [ ]  N’a jamais fumé

 \_\_\_\_\_ paquets/années

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) : Délai de sevrage / Date de l’arrêt :

**Prise anticoagulant** : [ ]  Oui [ ]  Non  **Prise** **antiagrégant** : [ ]  Oui [ ]  Non

**Cirrhose** : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Incertain

**Etiologie/cause**

Intoxication alcoolique**:** [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Sevré, précisez : ………………………………………………….

[ ]  VHC Guéri : [ ]  Oui [ ]  Non

[ ]  VBH [ ]  Hémochromatose [ ]  Dysmétabolisme

[ ]  Autres, précisez :

Présence d’http / varices œsophagiennes : [ ]  Oui [ ]  Non

Autres facteurs de risques :

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**DONNÉES MÉDICALES**

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

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

**Albumine** (g/l) : **Ascite** : 1 2 3 **Bilirubine** (µmol/l) : **Encéphalopathie** : 1 2 3

**Créatinine** (µmol/l) : **TP** (%) : **INR** :

**Score MELD** : **Score ALBI** : **Grade ALBI :** [ ]  Grade 1 si ≤-2.60

 [ ]  Grade 2 si >-2.60 et ≤ -1.39

 [ ]  Grade 3 si > -1.39

**Score CHILD PUGH** : Date :

αFP (ng/ml) : Date :

**CA 19.9**(UI/ml)**:**

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

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

**Score G8** : Date : **Consultation Oncogériatrique** : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Programmée

**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

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

**Caractéristique atteinte hépatique** : [ ]  Unilobaire infiltrant [ ]  Unilobaire non-infiltrant [ ]  Bilobaire infiltrant [ ]  Bilobaire non-infiltrant

**Segments** : [ ]  I [ ]  II [ ]  III [ ]  IV [ ]  V [ ]  VI [ ]  VII [ ]  VIII

**Nombre nodules hépatiques** : **Taille max de la + grosse tumeur** (cm) : **Envahissement vasculaire tumoral** : [ ]  Oui [ ]  Non

**Métastases extra-hépatiques** [ ]  Oui [ ]  Non **Stade BCLC** : 0 A B C D **Critère de Milan** : [ ]  Oui [ ]  Non

**Score AFP Duvoux** : **Critère UCSF** : [ ]  Oui [ ]  Non

Commentaire localisation :

**Imagerie** : Hypervascularisation au temps artériel : [ ]  Oui [ ]  Non

 Lavage au temps portal et/ou tardif : [ ]  Oui [ ]  Non

 [ ]  Diagnostic radiologique typique

**Bilan d’extension initial** :

**Prélèvement**: [ ]  Histologie [ ]  Cytologie du |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| [ ]  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 |\_\_\_\_|**

**Biologie Moléculaire / génétique :**

**Commentaires / Tumeur :**

**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 :**