**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 :** ……………………………………..……… Neurologue : …………………………………………………………………

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

[ ]  Nécessité d’avis chirurgical

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

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**Symptômes** :

Symptômes rachidiens : [ ]  aucun [ ]  Douleurs [ ]  Troubles sphinctériens [ ]  Autres

 Tétraparésie : [ ]  légère [ ]  Modérée [ ]  Complète
 Paraparésie : [ ]  légère [ ]  Modérée [ ]  Complète
 Précisez symptômes rachidiens :

Symptômes cérébraux : [ ]  aucun [ ]  Crise(s) Convulsive(s) [ ]  Céphalées [ ]  HTIC [ ]  Déficit sensitivo-moteur [ ]  Autres
 [ ]  Troubles visuels [ ]  Troubles aphasiques [ ]  Céphalées [ ]  Troubles du comportement [ ]  Troubles de la vigilance
 Précisez symptômes cérébaux :

**SITUATION CLINIQUE ACTUELLE**

[ ]  Patient droitier [ ]  Patient gaucher [ ]  Ambidextre

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

**Echelle de performance Status** : 0 1 2 3 4 Date d’observation :

**Karnofsky pré-opératoire (%)  :** [ ]  100 % [ ]  90 % [ ]  80 % [ ]  70 % [ ]  60 % [ ]  50 % [ ]  40 % [ ]  30 % [ ]  20 % [ ]  10 %

**Karnosky post-opératoire (%)** : [ ]  100 % [ ]  90 % [ ]  80 % [ ]  70 % [ ]  60 % [ ]  50 % [ ]  40 % [ ]  30 % [ ]  20 % [ ]  10 %

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

**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**

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

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

Commentaires / localisation : ……………………………………………………………………………………………………………………………..

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

**Antécédents de neurofibromatose :** [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Suspecté

**Prise en charge antérieure :** [ ]  Surveillance radiologique [ ]  Irradiation [ ]  Chirurgie

**Symptômes :**  [ ]  Syndrome vestibulaire [ ]  Atteinte du V droite [ ]  Atteinte du V gauche [ ]  Atteinte du VII [ ]  Autres

**Bilan d’extension initial** :

**Classification de KOOS** : [ ]  Stade 1 [ ]  Stade 2 [ ]  Stade 3 [ ]  Stade 4

**Audiogramme :** / /

**Classification de Gardner-Robertson :** Grade à droite : [ ]  I [ ]  II [ ]  III [ ]  IV [ ]  V
 Grade à gauche : [ ]  I [ ]  II [ ]  III [ ]  IV [ ]  V

[ ]  **Diagnostic radiologique typique**

**Type de prélèvement**: [ ]  Biopsie [ ]  Exérèse partielle [ ]  Exérèse subtotale [ ]  Exérèse complète [ ]  Exérèse (sans précision) [ ]  pas d’histologie
Date du prélèvement |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

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

**Grade** I II III IV V VI

**Conclusion du CRO – Commentaires :**  *(à compléter si document non joint)*

**Conclusion du CR ACP – Commentaires histologie :**  *(à compléter si document non joint)*

**Biologie Moléculaire/génétique :**

**Commentaires / Tumeur :**

**PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

**Question posée :**

**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**

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