**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**