**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 :** ……………………………………..……… ORL  : …………………………………………………………………

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

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

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

 \_\_\_\_\_ paquets/années Commentaires (prise en charge tabacologiques ; …)

 Intoxication alcoolique [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Sevré Précisez :

 Délai de sevrage / date de l’arrêt :

 Exposition professionnelle [ ]  Amiante [ ]  Autre :

 Caractéristiques sociales impactant la prise en charge :

 Recherche HPV [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  En attente

Autres facteurs de risques :

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**SITUATION CLINIQUE ACTUELLE**

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

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

**Bilan dentaire** : [ ]  Fait – Date du bilan : / / [ ]  Non fait [ ]  Absence [ ]  Non adapté

**Soins bucco-dentaires** : [ ]  Effectués [ ]  Non Effectués [ ]  Programmé [ ]  A prévoir [ ]  Non nécessaire - Date des soins : / /

**Poids habituel** : **Poids actuel** :

**Taille (cm)** : **IMC :**

**Evaluation nutritionnelle** : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  A prévoir [ ]  En attente

**Prise en charge nutritionnelle** : [ ]  entérale [ ]  parentérale [ ]  mixte [ ]  orale

**Gastrostomie d’alimentation** ; [ ]  Posée [ ]  Non posée [ ]  Programmée [ ]  A prévoir [ ]  Non nécessaire - Date de poste : / /

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

**Audiogramme** : [ ]  Fait [ ]  Non fait [ ]  A prévoir

**Echographie cardiaque :** [ ]  Faite [ ]  A prévoir FEV (en %) :

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

**Score G8** : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  NSP

**Consultation gériatrique** : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Programmée [ ]  Ne sait pas

**TUMEUR**

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

**Groupe / localisation :** [ ]  Cavité buccale [ ]  CUP Syndrome [ ]  Fosses nasales/Oreilles [ ]  Glandes salivaires [ ]  Hypopharynx [ ]  Larynx

 [ ]  Lèvre [ ]  Naso ou Rhinopharynx [ ]  Oropharynx [ ]  Sinus de la face [ ]  Thyroïde [ ]  VADS mal définies [ ]  Autre

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

Commentaires / localisation :

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

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

Version du TNM clinique :

Autres stades :

**Bilan d’extension initial** :

**Panendoscopie :** [ ]  Oui [ ]  Non Date : / / **Résécable :** [ ]  Oui [ ]  Non

**Type de 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 |\_\_\_\_|**

**Commentaires / tumeur :**

**Biologie Moléculaire / Génétique :** [ ]  Disponible [ ]  non demandé [ ]  En attente

Immunohistochimie PDL1 : [ ]  < 1% [ ]  entre 1 et 49% [ ]  ≥50% [ ]  En attente

Mutations somatiques portées par la tumeur : P16 : [ ]  + [ ]  - [ ]  non cherché

 Autres :

Mutations germinales (portées par le patient) :

**Commentaires / Biologie Moléculaire :**

**PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

**Question posée :**

**Statut du cas présenté** : [ ]  Discuté [ ]  Enregistré

**Proposition : ……………………………………….**

**Complément (Protocole, Molécules,…)………………………………………….. Condition :** [ ]  ET [ ]  OU [ ]  ET/OU [ ]  PUIS [ ]  SINON

**Description de la proposition de prise en charge :**

[ ]  **Tumeur rare**

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

[ ]  **Proposition d'inclusion dans un essai clinique**