**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**