**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 :** ……………………………………..……… Pneumologue : …………………………………………………………………

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

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

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

\_\_\_\_\_ paquets/années Commentaires (PEC tabacologique) :

Délai de sevrage / date de l’arrêt :

Exposition professionnelle  Amiante  Autre :  Non

Autres facteurs de risques :

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**SITUATION CLINIQUE ACTUELLE**

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

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

**Date : Fonction respiratoire**   VEMS (mL) : VEMS (% de la théorique) : TLCO (% de la théorique) :

Autres :

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

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

**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

**TUMEUR**

**Numéro de la tumeur : ………**

**Type** :  Primitif **Groupe/ Localisation :**  Plèvre

Secondaire  Poumon

Inconnu  Trachée

Autre

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

**Commentaires / localisation :**

Latéralité :  Droite  Gauche  Médian  Bilatéral  Non applicable

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

**Version du TNM clinique :**

**Bilan d’extension initial** :

**Type de prélèvement**:  Histologie  Cytologie du |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Pas d’histologie

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

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

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

**y Stade pT |\_\_\_\_\_| Détail pT |\_\_\_\_\_| Stade pN |\_\_\_\_| Stade pM |\_\_\_\_| pL |\_\_\_\_| R |\_\_\_\_|**

**Commentaires sur la tumeur :**

**Biologie Moléculaire / génétique :**  Disponible  Non demandé  En attente

TTF1 :  +  -

Immunohistochimie PDL1 :  < 1 %  Entre 1 et 49 %  ≥ 50 %  en attente  non contributif

Mutations somatiques (portées par la tumeur) : Translocation ALK :  +  -  Non cherché  En attente - Commentaire :

EGFR :  Muté  Sauvage (non muté)  Non cherché  En attente - Commentaire :

ROS1 :  +  -  Non cherché  En attente - Commentaire :

Autres :

Mutations germinales (portées par le patient) :

Commentaires / Biologie moléculaire :

**PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

**Question posée à la RCP :**

**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 d’inclusion dans un essai clinique Nom de l’essai/Protocole :** ……………………………………………………………………………………………

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

**Référentiel utilisé :**