**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 :**  Endocrinologue :

 Chirurgien :  Autres :

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

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

 \_\_\_\_\_ paquets/années Délai de sevrage / date de l’arrêt :

 Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

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 :**

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

**Poids habituel (kg) : Poids actuel (kg) :**

**Taille (cm) : IMC actuel :**

**Evaluation gériatrique :** [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Programmée [ ]  NSP

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

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

**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 [ ]  Secondaire [ ]  Inconnu

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

**Commentaires / localisation :**

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

[ ]  Tumeur multifocale [ ]  Tumeur réfractaire

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

Version du TNM clinique :

Score EU-TIRADS : [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5

Autres stades :

**Bilan d’extension initial** :

**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 :**

**BILAN POST-THÉRAPEUTIQUE**

**Date :** |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Type de traitement :** [ ]  Chirurgie [ ]  Irathérapie Précisions :

**Dosage de thyroglobuline (ng/ml) :** [ ]  Avec sevrage [ ]  Sans sevrage

**Commentaires / bilan post-thérapeutique :**

**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**