**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**