**RCP du**  **Médecin demandeur :** ………………………………………………….……………………..………

 **Lieu d’exercice du 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 :** ……………………………………..………

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

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

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**Facteurs de risques :**

Statut tabagique**:** [ ] Fumeur actif [ ]  Ancien Fumeur [ ]  N’a jamais fumé

 Nombres de paquets/années : Commentaires (Prise en charte tabacologique ; …) :

 Délai de sevrage / date de l’arrêt :

 Exposition professionnelle [ ]  Amines aromatiques [ ] Nitrosamines [ ]  Hydrocarbures [ ]  Autres  : [ ]  Non

Autres facteurs de risques :

**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 :

**Statut mictionnel :** [ ]  Anurie [ ]  Dysurie [ ]  Pollakiurie [ ]  Absence de troubles fonctionnels mictionnels

**Hématurie :** [ ]  Macro [ ]  Micro [ ]  Absence

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

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

**Score G8** : ………………… Date :

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

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

**Marqueurs biologiques :** Date : **Dosage des PSA (ng/ml)**:

**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

**Groupe / Localisation :** [ ]  Prostate [ ]  Rein [ ]  Testicule [ ]  Urètre [ ]  Verge [ ]  Vessie [ ]  Voies urinaires hautes [ ]  Autre

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

**Commentaire localisation :**

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

**Taille clinique de la tumeur (en mm) : ……………………….**

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

**Bilan d’extension initial :**  [ ]  IRM [ ]  Scintigraphie [ ]  TEP [ ]  Cystoscopie [ ]  autre Date :

**Dosage préopératoire :** Date : αFP (ng/ml) : βCG (mUI/ml) : LDH (UI/l) :

**Type de prélèvement**: [ ]  Biopsie [ ]  chirurgie Date : [ ]  Pas d’histologie

**Complément Prostate BEGP :** Date : Toucher rectal : Poids/volume :

**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 |\_\_\_\_|**

**Furhman**: **Score ISUP** : - Date : **Grade classification MSKCC :** [ ]  Bon [ ]  Intermédiaire [ ]  Mauvais

**Gleason (Chirurgie)** : ….. + …..= …… **Classification d’Amico** :

**Classification IGCCCG** : **Stade AJCC** :

**Invasion vasculaire**: [ ]  Oui [ ]  Non **Invasion lymphatique :** [ ]  Oui [ ]  Non

**Dosage postopératoire :** date : αFP (ng/ml) : βCG (mUI/ml) : LDH (UI/l) :

**Grade histologique OMS 2004 : Risque de récidive ou de progression :** [ ]  Faible [ ]  Intermédiaire [ ]  Elevé

**Biologie Moléculaire/génétique :**

**Commentaires / tumeur :**

**PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

**Question posée :**

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

**Consultation d’oncogénétique :** [ ]  Faite [ ]  Programmée [ ]  A Programmer

**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**