

Documents à joindre : ☐ CRA ☐ CRO ☐ CR consultations ☐ Imagerie ☐ CR de biologie moléculaire - ☐ FGM
Le recueil du consentement du patient est à la charge du médecin demandeur

RCP du

Médecin demandeur (Nom, Prénom, Ville) :

Lieu d'exercice du médecin demandeur :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance

Nom utilisé

Prénom

Sexe ☐ H ☐ F

Date de naissance / /

CP / Ville de résidence : _ _ _ _ _

Etablissement de prise en charge :

Correspondants du patient

Médecin traitant (Nom, Prénom, Ville) :

Chirurgien : (Nom, Prénom, Ville)

Autres (Nom, Prénom, Ville) :

Autres :

Clinique et Para-clinique

Antécédents (familiaux, personnels, chirurgicaux) / Comorbidités :

Facteurs de risques :

Statut tabagique : ☐ Fumeur actif ☐ Ancien fumeur ☐ N'a jamais fumé

Nombre de paquets/années :

Prise en charge tabacologique :

Délai

de sevrage :

Exposition professionnelle :

Autres facteurs de risques :

Histoire de la maladie :

Situation clinique actuelle

Phase de la maladie : ☐ Phase initiale ☐ Rechute

Date de rechute :

Progression : ☐ Locale ☐ Régionale ☐ A distance

Echelle de performance OMS : 0 1 2 3 4

Date d'observation :

Commentaire/ Situation Clinique actuelle :

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

Préciser :

Commentaires / Situation clinique actuelle / Bilan d'imagerie :

SITE	Adresse mail sécurisée		Télécopieur
Site de Rennes	poleregional.cancerologie@chu-rennes.mssante.fr	02 99 28 99 56	02 99 28 99 68
Site de Brest	poleregional.cancerologie@chu-brest.msante.fr	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67

Documents à joindre : ☐ CRA ☐ CRO ☐ CR consultations ☐ Imagerie ☐ CR de biologie moléculaire - ☐ FGM
Le recueil du consentement du patient est à la charge du médecin demandeur

Tumeur

Numéro de la tumeur : |____| ☐ Primitif ☐ Secondaire ☐ Inconnu

Siège de la tumeur (CIM - 10) :

Commentaire/ localisation :

Latéralité : ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Médian ☐ Bilatérale ☐ Non applicable

Stade T |____| Détail T |____| Stade N |____| Stade M |____|

Autres stades :

Bilan d'extension initial :

Type de prélèvements : ☐ Histologie ☐ Cytologie du |____| / |____| / |____| ☐ Pas d'histologie

Type histologie (ADICAP) : ☐ Tumeur rare

Conclusion du CRO – Commentaires :

Conclusion du CR ACP – Commentaires histologie :

☐ y Stade pT |____| Détail pT |____| Stade pN |____| Stade pM |____| R |____|

Biologie moléculaire

Numéro d'ADN :

Charge mutationnelle (en nombre de mutation par paires de bases) :

Caractérisation de la mutation

Numéro de la mutation :

Mutation :

Expression de la mutation : Cellules tumorales (%) : Fréquence de la mutation (%) :

Type de mutation : ☐ Germinale ☐ Somatique

Autres anomalies :

Proposition de prise en charge

Question posée à la RCP :

Statut du cas présenté : ☐ Discuté ☐ Enregistré

SITE	Adresse mail sécurisée	Téléphone	Télécopieur
Site de Rennes	poleregional.cancerologie@chu-rennes.mssante.fr	02 99 28 99 56	02 99 28 99 68
Site de Brest	poleregional.cancerologie@chu-brest.msante.fr	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67