

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.mssante.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	📞	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.mssante.fr	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67