***Médecins présents à la RCP :***

1. **LE PATIENT -** *administratif*

Consentement : [ ]  OUI [ ]  NON

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | Prénom :  |  | Sexe : |  |
| Date naissance : |  | DN : |  |
| Ville et Lieu de résidence : |  | Tél. : |  |
| Médecin Référent : |  | Mail : |  |
| Médecin Traitant : |  | Mail : |  |
| Autres correspondants : |  |

1. **ETAT GENERAL DU PATIENT**

**ATCD principaux (personnels carcinologiques & familiaux carcinologiques) et comorbidités** :

-

-

**Mode de vie**(lieu de vie, travail, autonomie) :

**Si chirurgie envisagée** : Anticoagulant / Antiagrégant : [ ] Oui  [ ]  Non     DCI :

**Histoire de la maladie :**

-

-

**Capacité de vie OMS :** [ ]  0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  NSP Date de l’OMS :

|  |  |
| --- | --- |
| *0 : Activité extérieure normale sans restriction* *1 : Réduction des efforts physiques intenses* *2 : Doit parfois s’aliter mais moins de 50% de la journée* | *3 : Doit être alité plus de 50 % de la journée* *4 : Incapacité totale, alitement fréquent ou constant*  |

1. **LA TUMEUR**

**Diagnostic** : ***JOINDRE à la demande le******CR Anatomopathologique, le CR opératoire et le CR imagerie***

**Siège de la tumeur primitive :**

**Date de diagnostic :**

**Code CIM :**

**Commentaires :**

-

-

**FIGO en fonction de l’organe :**

**Commentaires :**

-

-

**Bilan d'extension :**Oui [ ]    Non [ ]

**Scanner :  Date : *Code scanner pour accès à distance :***

**IRM :  Date : *Code scanner pour accès à distance :***

* **Biologie Marqueurs tumoraux : *JOINDRE à la demande le CR Anatomopathologique***

**Résultats :**

-

-

* **Type histologique :**

-

**-**

* **Récepteurs :**

**RE :** [ ]  Négatif [ ]  Positif % **RP :** [ ]  Négatif [ ]  Positif %

* **Statut ganglionnaire :**

Nb ganglion(s) envahi(s) : / Total ganglions prélevés :

* **Biologie moléculaire : *JOINDRE à la demande le CR***

**Résultats :**

-

-

1. **QUESTIONS POSEES A LA RCP :**

-

-

-

1. **PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

**Résumé Clinique / Résumé pré-thérapeutique (synthèse/commentaire) :**

-

-

**Dossier complet :** [ ] OUI [ ]  NON (si non commentaires) :

**Commentaires :**

Demande d’evasan : [ ]  OUI [ ]  NON
Si oui, préciser date : ………………………………………….

**Compte(s) rendu(s) des précédentes RCP :**

*Avis de la RCP du*

1. **PLAN DE TRAITEMENT PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de traitement (choix multiple)**  | **Type de traitement détaillé**  | **Date de début envisagée** | **Commentaires** | **Structure/****Professionnel** |
| [ ]  Chimiothérapie néoadjuvante |  |  |  |  |
| [ ]  Chimiothérapie adjuvante |  |  |  |  |
| [ ]  Chirurgie |  |  |  |  |
| [ ]  Chimiothérapie |  |  |  |  |
| [ ]  Curiethérapie |  |  |  |  |
| [ ]  Consultation Oncogénétique |  |  |  |  |
| [ ]  Thérapies ciblées |  |  |  |  |
| [ ]  Radiothérapie |  |  |  |  |
| [ ]  Radiothérapie stéréotaxique |  |  |  |  |
| [ ] Radiothérapie/Chimiothérapie simultanées |  |  |  |  |
| [ ]  Hormonothérapie |  |  |  |  |
| [ ]  Immunothérapie  |  |  |  |  |
| [ ]  Antirésorptif osseux |  |  |  |  |
| [ ]  Soins palliatifs |  |  |  |  |
| [ ]  Pause thérapeutique |  |  |  |  |
| [ ]  Autres :  |  |  |  |  |
| [ ]  Surveillance |  |  |  |  |
| [ ]  A représenter |  |  |  |  |