***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**

**Capacité de vie OMS :**  0  1  2  3  4  NSP

**ATCD principaux et comorbidités** :

-

-

**ATCD familiaux** :

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

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

**Histoire de la maladie :**

-

-

1. **LA TUMEUR**

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

**Siège de la tumeur primitive :**   Sein gauche   Sein droit   Non connu

**Date de diagnostic :**

**Taille de sein (bonnet et tour) :**

**Nom du sein coché n°1 :** Code CIM : TNM :

**Nom du sein coché n°2 :** Code CIM : TNM :

**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 :**

**Résultats :**

-

* **Type histologique :**

-

**Grade histopronostique invasif :**

**Grade histopronostique in situ :**

**Emboles vasculaires :**   OUI   NON **KI-67**: %

* **Récepteurs :**

**RE :**   Négatif   Positif % **RP :**   Négatif   Positif %

**Surexpression HER2 (IHC) :**   0   +   ++   +++   En cours

**Amplification (FISH) :**   OUI   NON   Statut équivoque

* **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 / PROPOSITION THERAPEUTIQUE :**

-

-

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 |  |  |  |  |