***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 |  |  |  |  |