**Médecins présents à la RCP :**

**LE PATIENT – administratif**

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

**CONTEXTE DE LA RCP**

**Motif de la RCP :** *(Choix unique)*

Démarche diagnostique  Surveillance après traitement  Recours (2ème avis)

Proposition de traitement  Ajustement après traitement  Autre :

**Commentaires :**

**Cs d’annonce Digestif effectuée** : Oui  /  Non

**Informations cliniques (TNM) et paracliniques**

**Circonstances de découverte (du cancer primitif)**

Dépistage organisé  Circonstance non connue  Dépistage individuel

Manifestation clinique  Découverte fortuite

**Comorbidités/ATCD :**

**-**

**-**

**Patient ancien travailleur de Moruroa ou exposé aux retombées nucléaires :** Oui    Non

**Accord du patient pour la transmission de ses coordonnées au Centre Médical de Suivi (CMS) (Nom, Prénom, Date de naissance et n° de téléphone) :** Oui    Non

**OMS :**  0  1  2 3  4

**Poids :** ……………… **Taille**: …………….

**SIEGE DE LA TUMEUR PRIMITIVE**

Organe :

Anus et canal anal  Œsophage

Cavité buccale, de l’œsophage et de l’estomac  Organes digestifs, de sièges autres et mal définis

Colon  Pancréas

Estomac  Rectum

Foie et voies biliaires intrahépatiques  Vésicule biliaire

In situ des organes digestifs, autres et non précisés  Non connu

Intestin grêle  Autre :

Jonction recto-sigmoïdienne

**RESUME ANAMNESE ONCOLOGIQUE**

**Classification cTNM**

**EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES**

*(Joindre à la demande le CR anatomopathologique, le CRO)*

**Prélèvement**

Date du CR de l’anapath : …………………………..

Type histologique :

Adénocarcinome  Adénocarcinome Lieberkühnien  Carcinome peu différencié

Carcinome épidermoïde  Carcinome Hépato-cellulaire  Carcinome à cellules indépendantes

Carcinome à cellules en bague à chaton  Carcinome adéno-squameux

Carcinome muci-secrétant  Tumeur neuro-endocrine

Carcinome neuro-endocrine  GIST

Cholangiocarcinome  Autre :

**Classification pTNM :**

**Statut mutationnel :**

**Marqueurs tumoraux :**

**Examens complémentaires**

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

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

**Question posée pour la RCP**

-

-

Relecture des images nécessaire :  OUI  NON

Si oui, merci d’envoyer votre dossier d’inscription 24 à 48h avant la RCP

Demande d’Evasan :  OUI  NON   
Si oui, préciser date : ………………………………………….

Dossier complet  OUI  NON (si non commentaires / pièces manquantes)

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

**Avis / proposition thérapeutique de la RCP**