**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**