



**FICHE RCP
RCP Régionale
RENATEN**

Hopital
Responsable :

RCP du/...../.....

Identification du Patient

Consentement éclairé recueilli : **Oui** **Non**

Nom de naissance * : Prénom * : Sexe * : **F** **M**

Nom marital : Date de naissance * : |_____|_____|_____|

Lieu de naissance : Pays de naissance :

Lieu de résidence : Pays de résidence :

Etablissement du patient :

Médecin traitant généraliste : Médecin référent :

Médecin(s) spécialité(s) :

Motif de la RCP

| | |
|---|----------------------------|
| Motif de la RCP * | Date Début de la maladie : |
| <input type="checkbox"/> <i>Ajustement thérapeutique</i> <input type="checkbox"/> <i>Décision traitement</i> <input type="checkbox"/> <i>Avis diagnostique</i> <input type="checkbox"/> <i>Surveillance après traitement</i> | |

| | |
|---|--|
| Traitement(s) antérieur(s) réalisé(s) | HDM - Commentaire sur le traitement déjà réalisé : |
| <input type="checkbox"/> <i>Ablatherm</i> <input type="checkbox"/> <i>Allogreffe</i> <input type="checkbox"/> <i>Aucun</i> <input type="checkbox"/> <i>Autogreffe</i> <input type="checkbox"/> <i>Autre traitement</i> <input type="checkbox"/> <i>Chimiothérapie</i> <input type="checkbox"/> <i>Chimiothérapie métronomique</i> <input type="checkbox"/> <i>Chirurgie</i> <input type="checkbox"/> <i>Curiothérapie</i> <input type="checkbox"/> <i>Endoscopie interventionnelle</i> <input type="checkbox"/> <i>Hormonothérapie</i> <input type="checkbox"/> <i>Immunothérapie</i> <input type="checkbox"/> <i>Péridurale</i> <input type="checkbox"/> <i>Radio-chimiothérapie</i> <input type="checkbox"/> <i>Radiologie interventionnelle</i> <input type="checkbox"/> <i>Radiothérapie</i> <input type="checkbox"/> <i>Soin de support</i> <input type="checkbox"/> <i>Thérapie ciblée</i> <input type="checkbox"/> <i>I31-Iode</i> | |

Données cliniques

Siège de la tumeur Primaire (code CIM-10) *

Poids (kg) : Taille (cm) :

| | | |
|---|---|---|
| Phase de la maladie * : | Nouveau cas de Cancer : | Statut thérapeutique lors de la phase en cours |
| <input type="checkbox"/> <i>Phase initiale</i> <input type="checkbox"/> <i>Phase rechute</i> | <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> <i>Non</i> <input type="checkbox"/> <i>Ne sais pas</i> | <input type="checkbox"/> <i>Déjà traité</i> <input type="checkbox"/> <i>En cours de traitement</i> <input type="checkbox"/> <i>Non traité</i> |

Circonstances de découverte de la maladie *

Capacité de vie (OMS) à la date de la RCP *

* : champs obligatoire INCa

- Dépistage individuel
- Dépistage organisé
- Manifestation clinique
- Ne sait pas

- 0 - Activité normale avec ou sans signes mineurs
- 1 - Activité normale avec effort, signe ou symptômes
- 2 - Incapacité de travailler ou de mener une vie normale
- 3 - Nécessité d'aide importante et d'une assistance médicale
- 4 - Incapacité sévère, grabataire, phase terminale

Classifications

cTNM * T : N : M : mry : m r y
 Commentaire sur le TNM (extension locale, ganglionnaire, ...)

Autre système de classification :

Nom du système : Classification :

Commentaire

Descriptif histologique

Date de prélèvement * :/...../..... Code ADICAP :

Numéro de Travail : Histologie :

Code SNOMED

Topographie : T..... Commentaire sur l'histologie :

Morphologie : M.....

pTNM pT : pN : pM : mry : m r y

Résidu tumoral : R. Grade/score : Tumorothèque : Oui Non

Spécificités « RENATEN »

Phénotype :

Gène impliqué :

Proposition

Cas discuté en RCP * : **Oui** **Non** Présenté par :

Type de la proposition :

- Application référentiel
- Essai thérapeutique
- Recours à une RCP régionale
- Traitement hors référentiel

Nature de la proposition * :

- Nécessité d'exams complémentaires
- Surveillance
- Traitement

Traitement(s) * :

Description de la proposition et commentaires