



**Informations générales sur le patient**

**Consentement** :  OUI  NON

Identifiant patient INSC visible : .....

NOM D'USAGE : .....

**NOM DE NAISSANCE** : .....

**PRENOM** : .....

**Date de naissance** :  /  /  Age : .....

Ville de naissance : .....

**Sexe** :  HOMME  FEMME

**Ville de résidence** : .....

Code Postal :

Précédent passage en RCP :  OUI  NON

Numéro de téléphone : .....

**Liste des participants et présents à la RCP**

- Titre, nom, prénom, profession, spécialité

**Contexte de la RCP**

**RCP du**  /  /

RCP de recours (avis expert) :  OUI  NON

**Cas discuté en RCP** :  OUI  NON

Lieu de la RCP : .....

FINES :

Visio conférence :  OUI  NON (Si oui, ouvrir L'annuaire établissement)

**Intitulé de la RCP** :

- Tumeur primitive  
 Métastases du système nerveux central

**Légende des codes couleurs** :

- En noir les items communs aux deux RCP
- En rouge les items INCA obligatoires
- En bleu les items spécifiques à cette RCP (n'apparaissent que quand RCP tumeur primitive est coché)
- En vert les items spécifiques à cette RCP (n'apparaissent que quand RCP métastases cérébrales est coché)

**Motif de la RCP** :

- Démarche diagnostique       Surveillance après traitement       Recours (2<sup>ème</sup> avis)  
 Proposition de traitement       Ajustement thérapeutique       Autre : .....

Commentaires : .....

**Médecin responsable de la séance** : .....

**Médecin référent** (demandeur) : .....

Etablissement du médecin référent : .....

Médecin présentant le dossier (si différent du médecin référent du dossier) : .....



**Médecin traitant** : .....  Pas de Médecin traitant connu

**Informations cliniques (TNM) et paracliniques**

**Dominance cérébrale** :  Droitier  Gaucher  Ambidextre  NSP

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

- Dépistage organisé  Circonstance non connue  
 Dépistage individuel  Manifestations cliniques : .....  
 Découverte fortuite  NSP

Commentaires : .....  
 .....

**Cas présenté en RCP ce jour** (si Localisation différente de la tumeur primitive) :

- Phase initiale  Rechute date .....  Progression  suspicion  
 NA

Commentaires : .....  
 .....

**Etat général**

**Capacité de vie OMS** :  0  1  2  3  4  NSP Date de l'OMS : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

- |                                                         |                                                              |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>0 : Activité extérieure normale sans restriction</b> | <b>3 : Alitement plus de 50 % de la journée</b>              |
| <b>1 : Réduction des efforts physiques intenses</b>     | <b>4 : Incapacité totale, alitement fréquent ou constant</b> |
| <b>2 : Alitement moins de 50% de la journée</b>         |                                                              |

Indice de Karnovski :  100%  90%  80%  70%  60%  50%  40%  30%  20%  10%

<b>10%</b>	<i>État moribond</i>	<b>20%</b>	<i>Très malade : hospitalisation et traitement actif de soutien</i>
<b>30%</b>	<i>Incapacité sévère ; hospitalisation indiquée mais décès non imminent</i>	<b>40%</b>	<i>Incapacité ; requiert des soins et une aide particulière</i>
<b>50%</b>	<i>Requiert une aide considérable ou des soins médicaux fréquents</i>	<b>60%</b>	<i>Ambulatoire. Requiert une certaine aide dans les activités de la vie quotidienne et les soins personnels</i>
<b>70%</b>	<i>Prend soin de soi. Capable d'effectuer des activités normales ou de travailler activement</i>	<b>80%</b>	<i>Activité normale avec effort, quelques signes ou symptômes de la maladie</i>
<b>90%</b>	<i>Capable d'avoir une activité normale, signes ou symptômes mineurs de la maladie</i>	<b>100%</b>	<i>Normal, aucune plainte, ni de signe évident de la maladie</i>

Situation sociale : .....  
 .....

Pronostic vital : .....  
 .....

Score G8 : ..... (à afficher uniquement si l'âge du patient >= à 75ans) Date du G8 : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_



**Grossesse**

Évaluation Onco-gériatrique :  OUI  NON (*Si oui, afficher*) Date :  /  /

**Co morbidités**

*Pour chaque comorbidité cochée, indiquer une date de début*

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Pathologie cardiovasculaire</b><br><input type="radio"/> Artérite des membres inférieurs<br><input type="radio"/> HTA<br><input type="radio"/> Insuffisance coronarienne<br><input type="radio"/> Valvulopathie<br><input type="radio"/> Trouble du rythme<br><input type="radio"/> Autre<br><input type="radio"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> <b>Pathologie métabolique</b><br><input type="radio"/> Diabète<br><input type="radio"/> Obésité<br><input type="radio"/> Hyperlipidémie<br><input type="radio"/> Autre | <input type="checkbox"/> <b>Pathologie hépato-digestive</b><br><input type="radio"/> Insuffisance hépatique<br><input type="radio"/> Cirrhose<br><input type="radio"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> <b>Pathologie rénale</b><br><input type="radio"/> Insuffisance rénale<br><input type="radio"/> Autre                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> <b>Pathologie respiratoire</b><br><input type="radio"/> Insuffisance respiratoire<br><input type="radio"/> BPCO<br><input type="radio"/> Autre                         | <input type="checkbox"/> <b>Traitements associés</b><br><input type="radio"/> Anticoagulant<br><input type="radio"/> Antiagrégant<br><input type="radio"/> Autre             |

**Autres** : .....

**Antécédents**

Antécédents personnels carcinologiques  Antécédents familiaux carcinologiques

Antécédents personnels carcinologiques : .....

Antécédents familiaux carcinologiques : .....

**Siège de la tumeur primitive :**

- |                                         |                                          |                                                |
|-----------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> corps calleux  | <input type="checkbox"/> Insulaire       | <input type="checkbox"/> Lobe frontal          |
| <input type="checkbox"/> Lobe occipital | <input type="checkbox"/> Lobe pariétal   | <input type="checkbox"/> Lobe temporal         |
| <input type="checkbox"/> Région pinéale | <input type="checkbox"/> Région sellaire | <input type="checkbox"/> Région supra sellaire |
| <input type="checkbox"/> Ventricule     | <input type="checkbox"/> Autre : .....   |                                                |

Latéralité :  Droite  Gauche  Bilatérale  Extra parenchymateuse  
 Intra parenchymateuse

- |                                 |                                   |                                 |                                        |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Poumon | <input type="checkbox"/> Mélanome | <input type="checkbox"/> Sein   | <input type="checkbox"/> Colon         |
| <input type="checkbox"/> Rein   | <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Ovaire | <input type="checkbox"/> Autre : ..... |

Latéralité :  droite  gauche  multifocale

Maladie systémique évolutive  OUI  NON  NSP

Date de diagnostic de la pathologie (année) : .....

Prise de contraste :  Oui  Non  
 aspect :  Annulaire  Hétérogène  Homogène  Punctiforme



Commentaires : .....

**Classification TNM de la tumeur primitive**

Stade T :  T0  T1  T2  T3  T4  Tis  Tx

Stade N :  N0  N1  N2  N3  Nx

Stade M :  M0  M1  Mx

NSP  NA

**Résumé clinique :** .....

**Informations para-cliniques :**

**Imagerie :**

**Type d'examen et résultats**

<input type="checkbox"/> Scanner	Date d'examen : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Résultat : .....
<input type="checkbox"/> PETScan	Date d'examen : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Résultat : .....
<input type="checkbox"/> IRM	Date d'examen : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Résultat : .....
<input type="checkbox"/> Spectro IRM	Date d'examen : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Résultat : .....
<input type="checkbox"/> IRM fonctionnelle	Date d'examen : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Résultat : .....
<input type="checkbox"/> Autre : .....	Date d'examen : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Résultat : .....

**Imagerie cérébrale :**

**Type d'examen**

<input type="checkbox"/> Scanner	Date d'examen : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Résultat : .....
<input type="checkbox"/> IRM	Date d'examen : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Résultat : .....
<input type="checkbox"/> Autres .....	Date d'examen : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Résultat : .....

Siège des métastases cérébrales :  Méningé Précisez : .....

Médullaire Précisez : .....

Cérébral Précisez : .....

Nombre de métastases :  Plus de 5  3 à 5  Moins de 3

Métastases volumineuses (plus de 3cm) :  Oui  Non

Commentaires : .....

**Imagerie systémique:**

**Type d'examen**

<input type="checkbox"/> Scanner	Date d'examen : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Résultat : .....
<input type="checkbox"/> IRM	Date d'examen : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Résultat : .....



TEP Date d'examen :  /  /   
 Autres ..... Date d'examen :  /  /

Sièges des métastases :  Osseux  Hépatique  Pulmonaire  Pleural  Péritonéal  
 Ovarien  Surrénalien

Commentaires : .....

**Statut thérapeutique de la maladie (choix multiples) :**

Non traité antérieurement  En cours de traitement  Déjà traité

Traitements antérieurs réalisés :

- |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Biopsies stéréotaxiques .....                                                                                                                                   | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Biopsies à ciel ouvert .....                                                                                                                                    | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Exérèse chirurgicale .....                                                                                                                                      | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Radiochirurgie stéréotaxique .....                                                                                                                              | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie externe .....                                                                                                                                     | Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/><br>Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie stéréotaxique fractionnée .....                                                                                                                   | Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/><br>Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Radio-chimiothérapie .....                                                                                                                                      | Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/><br>Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| Ligne de traitement : ..... Nombre de cures : .....                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                    |
| Classification RECIST : <input type="checkbox"/> Réponse complète <input type="checkbox"/> Réponse partielle <input type="checkbox"/> Progression <input type="checkbox"/> stabilisation |                                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie externe encéphale in toto .....                                                                                                                   | Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/><br>Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie puis chimiothérapie .....                                                                                                                         | Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/><br>Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie .....                                                                                                                                            | Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/><br>Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Surveillance .....                                                                                                                                              | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Réalisation d'examens complémentaires .....                                                                                                                     | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Soins oncologiques de support .....                                                                                                                             | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie                                                                                                                                                  | Date de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée                                                                                                                                                 | Date de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Autres .....                                                                                                                                                    | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                     |

Traitements en cours :

- |                                                                        |                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Biopsies stéréotaxiques .....                 | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Biopsies à ciel ouvert .....                  | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Exérèse chirurgicale .....                    | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Radiochirurgie stéréotaxique .....            | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie externe .....                   | Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/><br>Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie stéréotaxique fractionnée ..... | Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/><br>Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |



- |                                                                        |                                           |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Radio-chimiothérapie .....                    | Date de début de traitement :  _  /  _  / |
|                                                                        | Date de fin de traitement :  _  /  _  /   |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie externe encéphale in toto ..... | Date de début de traitement :  _  /  _  / |
|                                                                        | Date de fin de traitement :  _  /  _  /   |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie puis chimiothérapie .....       | Date de début de traitement :  _  /  _  / |
|                                                                        | Date de fin de traitement :  _  /  _  /   |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie .....                          | Date de début de traitement :  _  /  _  / |
|                                                                        | Date de fin de traitement :  _  /  _  /   |
| <input type="checkbox"/> Surveillance .....                            | Date de fin de traitement :  _  /  _  /   |
| <input type="checkbox"/> Réalisation d'examens complémentaires .....   | Date de fin de traitement :  _  /  _  /   |
| <input type="checkbox"/> Soins oncologiques de support .....           | Date de fin de traitement :  _  /  _  /   |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie                                | Date de traitement :  _  /  _  /          |
| <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée                               | Date de traitement :  _  /  _  /          |
| <input type="checkbox"/> Autres .....                                  | Date de fin de traitement :  _  /  _  /   |

**EXAMENS ANATOMO-PATHOLOGIQUES**

**Site de prélèvement : Reprise du nom du siège de la tumeur primitive (ou tumeur discutée)**

**Prélèvements**  OUI  NON (si oui date obligatoire)

**Tableau de synthèse des prélèvements**

*Choix multiple (case se duplique)*

- |                                                         |                    |                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Biopsies                       | Date :  _  /  _  / | <input type="checkbox"/> NSP (quand on clique ouverture de l'onglet prélèvement)                        |
| <input type="checkbox"/> Biopsies stéréotaxiques        | Date :  _  /  _  / | <input type="checkbox"/> NSP (quand on clique ouverture de l'onglet prélèvement)                        |
| <input type="checkbox"/> Exérèse chirurgicale partielle | Date :  _  /  _  / | <input type="checkbox"/> NSP (quand on clique ouverture de l'onglet prélèvement)                        |
| <input type="checkbox"/> Exérèse chirurgicale complète  | Date :  _  /  _  / | <input type="checkbox"/> NSP vérifiée par IRM <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Autre : précisez.....          | Date :  _  /  _  / | <input type="checkbox"/> NSP                                                                            |

**Prélèvement**

Type histologique :

- |                                               |                                            |                                           |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Astrocytome          | <input type="checkbox"/> Oligodendrogliome | <input type="checkbox"/> Oligoastrocytome |
| <input type="checkbox"/> Glioblastome : ..... | <input type="checkbox"/> Méningiome        | <input type="checkbox"/> lymphome         |
| <input type="checkbox"/> Médulloblastome      | <input type="checkbox"/> Ependymome        | <input type="checkbox"/> Autre : .....    |

Type histologique :

- |                                                                       |                                                         |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adénocarcinome                               | <input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde          | <input type="checkbox"/> Carcinome à petites cellules |
| <input type="checkbox"/> Carcinome neuro-endocrine à petites cellules | <input type="checkbox"/> Mélanome                       |                                                       |
| <input type="checkbox"/> Carcinome canalaire infiltrant               | <input type="checkbox"/> Carcinome lobulaire infiltrant |                                                       |
| <input type="checkbox"/> Carcinome peu différencié                    | <input type="checkbox"/> Autre : .....                  |                                                       |

Grade histologique :  1  2  3  4  NSP  NA

PT – Classification :  pT0  pT1  pT1a  pT1b  pT1c  pT2  pT2a  pT2b  pT2c  
 pT3  pT3a  pT3b  pT3c  pT4  pT4a  pT4b  pT4c  pTis  pTx



PN – Classification :  pN0  pN1  pN2  pN3

PM – Classification :  pM0  pM1  pMx

NA  NSP

Commentaires : .....

**Marqueurs – Biologie moléculaire :**

Délétion 1p19q

KI67 : .....%

BRAF

Positif

Négatif

MET

Positif

Négatif

IDH

Muté

Non muté

MGMT

Méthylé

Non méthylé

Résultats : .....

Autres marqueurs : .....

NSP

Commentaires : .....

**Marqueurs – Biologie moléculaire :**

BRAF

Positif

Négatif

EGFR

Positif

Négatif

RERP

Positif

Négatif

HER2

Positif

Négatif

Autre : .....

Commentaires : .....

**Prélèvement**

Type histologique :

Astrocytome

Oligodendrogliome

Oligoastrocytome

Glioblastome : .....

Méningiome

lymphome

Médulloblastome

Ependymome

Autre : .....



**Type histologique :**

- Adénocarcinome                       Carcinome épidermoïde                       Carcinome à petites cellules  
 Carcinome neuro-endocrine à petites cellules                       Mélanome  
 Carcinome canalaire infiltrant                       Carcinome lobulaire infiltrant  
 Carcinome peu différencié                       Autre : .....

Grade histologique :  1    2    3    4    NSP    NA

PT – Classification :  pT0    pT1    pT1a    pT1b    pT1c    pT2    pT2a    pT2b    pT2c  
 pT3    pT3a    pT3b    pT3c    pT4    pT4a    pT4b    pT4c    pTis  

pTx

PN – Classification :  pN0    pN1    pN2    pN3

PM – Classification :  pM0    pM1    pMx

NA    NSP

Commentaires : .....  
 .....  
 ....

**Marqueurs – Biologie moléculaire :**

Délétion 1p19q

KI67 : .....%

BRAF  
 Positif                       Négatif

MET  
 Positif                       Négatif

IDH  
 Muté                       Non muté

MGMT  
 Méthylé                       Non méthylé                      Résultats : .....

....

Autres marqueurs : .....  
 ..

NSP

Commentaires : .....  
 .....  
 .....  
 ....

**Marqueurs – Biologie moléculaire :**

BRAF  
 Positif                       Négatif

EGFR  
 Positif                       Négatif



**FICHE RCP  
NEURO-ONCOLOGIE**

**ONCO**

HAUTS-DE-FRANCE  
RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE



RERP  
 Positif       Négatif

HER2  
 Positif       Négatif

Autre : .....

Commentaires : .....  
.....  
.....  
.....



**Proposition de prise en charge**

Résumé pré-thérapeutique (synthèse/commentaire) : .....

.....

.....

**Dossier complet**  OUI  NON (si non commentaires)

Commentaires : .....

.....

**Nature de la proposition :**

- Recours à une RCP régionale ou nationale**
- Nécessité d'examens complémentaires** (si oui préciser autant de fois que nécessaire)
- Type d'examen (texte libre)
  - Date souhaitée
  - Date au + tard
  -

- Surveillance (si oui description en texte libre)**
- Proposition de traitement**
- Décision reportée**
- A représenter en RCP**
- Arrêt des traitements**

**Type de proposition :**

Liste déroulante (Choix unique)

- Application d'un référentiel** (cf liste RRC)
- Application d'un référentiel international .....
  - Application d'un référentiel national
    - Référentiel ANOCEF Tumeurs gliales du SNC, 2012
    - Référentiel ANOCEF Métastases cérébrales, 2012
    - Recommandations ANOCEF pour l'administration des thérapies systémiques en neuro-oncologie adulte, 2015
    - Autre : .....
  - Application d'un référentiel régional
    - Référentiel de présentation d'un dossier patient en RCP de Neuro-oncologie, Onco NPDC, 2015
    - Autre : .....
  - Traitement hors AMM application d'un référentiel régional
- Traitement hors référentiel**

**Plan de traitement par ordre chronologique : Onglet ouvert par défaut mais qui peut se refermer (items obligatoires)**

Type de traitement (choix multiple)	Type de traitement détaillé	Date de début envisagée	Commentaires	Structure/Professionnel
<input type="checkbox"/> Biopsie stéréotaxique <input type="checkbox"/> Biopsie à ciel ouvert <input type="checkbox"/> Exérèse chirurgicale <input type="checkbox"/> Radiochirurgie stéréotaxique				



<input type="checkbox"/> Radiothérapie externe <input type="checkbox"/> Radiothérapie stéréotaxique fractionnée <input type="checkbox"/> Radio-chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie externe encéphale in toto <input type="checkbox"/> Radiothérapie puis chimiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> Réalisation d'examens complémentaires <input type="checkbox"/> Soins oncologiques de support <input type="checkbox"/> Autres				
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

**Préservation de la fertilité**

OUI  NON

**Femmes**

[Onco\\_Fertilite.oscar-lambret@apicrypt.fr](mailto:Onco_Fertilite.oscar-lambret@apicrypt.fr)

Tel : +33 (0)3 20 29 59 18

Fax +33 (0)3 20 29 58 96

**Hommes**

[cecos@chru-lille.fr](mailto:cecos@chru-lille.fr)

Tel : +33 (0)3 20 44 66 33

Fax : +33 (0)3 20 44 69 48

**Cadre de la Proposition de prise en charge**

**Essai clinique :**  OUI  NON si oui préciser lequel .....

Description de la proposition thérapeutique : .....  
 .....