



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

Adresse :

Ville de résidence :

Code Postal : |_|_|_|_|

Téléphone :

Précédent passage en RCP : OUI NON

Représentant du patient :

Commentaires :

Liste des participants et présents à la RCP

- Titre, nom, prénom, profession, spécialité
- Titre, nom, prénom, profession, spécialité
- Titre, nom, prénom, profession, spécialité
- Titre, nom, prénom, profession, spécialité
- 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 :

AJA : OUI NON

FINES : |_|_|_|_|_|_|_|

Visio conférence : OUI NON (par défaut)

Intitulé de la RCP (choix multiple):

Sarcome des tissus mous

Sarcome viscères

Sarcome osseux

Légende :

- En noir les items communs aux deux RCP
- En orange les items spécifiques à la RCP Sarcome tissus mous et viscères
- En vert les items spécifiques aux RCP tumeur primitive de l'os

Motif de la RCP :

Liste déroulante (Choix unique)

Démarche diagnostique

Surveillance après traitement

Recours (2^{ème} 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

Circonstances de découverte (du cancer primitif)

(Choix unique)

- Circonstance non connue
- Manifestation clinique
- Découverte fortuite
- Dépistage organisé
- Dépistage individuel

Commentaires :
.....

Cas présenté en RCP ce jour :

Cases à cocher (Choix unique)

Progression du cancer

- Phase initiale
- progression

(Si coché) Local régional A distance (Métastases)

(si à distance coché) Localisation (cases à cocher)

- Osseuse Hépatique Pulmonaire Pleurale
- Péritonéale Méningée Ovarienne Autre

Rechute date

(Si coché) Local régional A distance (Métastases)

(si à distance coché) Localisation (cases à cocher)

- Osseuse Hépatique Pulmonaire Pleurale
- Péritonéale Méningée Ovarienne Autre

- Suspicion
- NA

Commentaires :
.....

Informations paracliniques :

.....
.....
.....



➤ **Co morbidités** (Onglet masqué)

Pour chaque comorbidité cochée, indiquer une date de début à côté de la comorbidité

<input type="checkbox"/> Pathologie cardiovasculaire Artérite des membres inférieurs HTA Insuffisance coronarienne Valvulopathie Trouble du rythme Insuffisance cardiaque Autre	<input type="checkbox"/> Pathologie métabolique Diabète Obésité Hyperlipidémie Anémie Autre	<input type="checkbox"/> Pathologie hépato-digestive Insuffisance hépatique Cirrhose Autre
<input type="checkbox"/> Pathologie rénale Insuffisance rénale (Non dialysée) Dialyse Autre	<input type="checkbox"/> Pathologie respiratoire Insuffisance respiratoire Asthme BPCO Autre	<input type="checkbox"/> Pathologie neuropsychiatrique Polynévrte Syndrome démentiel Autre
<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/> Traitements associés Anticoagulant Antiagrégant Autre	<input type="checkbox"/> Autres :

Commentaires :

Etat général Onglet ouvert par défaut (car items obligatoires) mais qui peut se refermer

Capacité de vie OMS : 0 1 2 3 4 NSP NA Date de l'OMS : / /

0 : <i>Activité extérieure normale sans restriction</i> 1 : <i>Réduction des efforts physiques intenses</i> 2 : <i>Doit parfois s'aliter mais moins de 50% de la journée</i>	3 : <i>Doit être alité plus de 50 % de la journée</i> 4 : <i>Incapacité totale, alitement fréquent ou constant</i>
--	---

Poids actuel : Poids habituel :

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

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

Informations cliniques (TNM) et paracliniques [SUITE]

Antécédents

<input type="checkbox"/> Antécédents personnels carcinologiques	<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux carcinologiques
Antécédents personnels carcinologiques :	
Antécédents familiaux carcinologiques :	



FICHE RCP

SARCOME - TISSUS MOUS - OS



➤ **Siège de la tumeur**

➤ Siége de la tumeur primitive (sous bloc à créer)

Date de diagnostic : []/[]/[]

Localisation : ([Liste déroulante](#))

CIM10 :

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Non applicable | <input type="checkbox"/> Membre inférieur | <input type="checkbox"/> Membre supérieur | <input type="checkbox"/> Tête et cou |
| <input type="checkbox"/> Paroi du tronc | <input type="checkbox"/> Tronc interne | <input type="checkbox"/> Tractus gastro-intestinal | <input type="checkbox"/> Bassin, sacrum, coccyx |
| <input type="checkbox"/> Région gynécologique | <input type="checkbox"/> Colonne vertébrale | <input type="checkbox"/> Bassin, sacrum, coccyx | <input type="checkbox"/> Clavicule |
| <input type="checkbox"/> Côte | <input type="checkbox"/> Sternum | | |
| <input type="checkbox"/> Autre (precisez) : | | | |
| <input type="checkbox"/> Inconnu | | | |

Commentaires :

Latéralité : **droit** **gauche** **médian**

Ajouter : (choix multiple)

profond **superficiel (choix multiple)**

Commentaires :

Taille tumorale maximale initiale : mm

Classification TNM

Listes déroulantes (Choix unique)

Stade T : **Stade N :** **Stade M :** **NA**

Autre système de classification :

EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES

Prélèvements OUI NON (si oui date obligatoire) NSP

Tableau de synthèse des prélèvements

- Biopsie **Date :** / / NSP
 Biopsie **Date :** / / NSP
 Chirurgie **Date :** / / NSP
 Chirurgie **Date :** / / NSP

Possibilité de dupliquer autant de prélèvements que l'on souhaite.

Prélèvement

Type de prélèvement : biopsie chirurgie
 Type histologique :(Cf. annexe)

Relecture nationale OUI NON NSP

Grade histologique : 0 1 2 3 NA NSP Bon répondeur Mauvais répondeur

Commentaire :

Prélèvement adressé à une tumorothèque : OUI NON

Qualité de la chirurgie (*si pièce opératoire*) :

- 0 : Absence de lésion tumorale sur limites d'exérèse
 1 : Limites d'exérèse tumorale à l'examen microscopique
 2 : Résidu tumoral macroscopique

Classification pTNM

- PT – Classification : pTx pT0 pT1 pT2 pT3
 PN – Classification : pNx pN0 pN1 pN2 pN3
 PM – Classification : pMx pM0 pM1
 NSP

Biologie moléculaire.....

Proposition de prise en charge

Résumé clinique (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 :

- Application d'un référentiel**
 - ESMO-CUP 2015
 - ESMO-Bone Sarcoma 2018
 - ESMO – Soft tissue Sarcoma 2018
 - ESMO – GIST 2018
 - EORTC -Desmoid Tumor 2020
 - NCCN Uveal Melanoma 2018
- Traitement hors référentiel**



Objectif principal de la prise en charge : (choix unique)

- Prise en charge diagnostique
- Prise en charge à visée curative
- Objectif prioritaire qualité de vie et contrôle évolutif maladie
- Situation complexe nécessitant un recul évolutif
- Prise en charge palliative

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"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Curiethérapie <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie conventionnelle <input type="checkbox"/> Hormonothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Thérapies ciblées <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle <input type="checkbox"/> Radiothérapie / Chimiothérapie simultanée <input type="checkbox"/> Rééducation fonctionnelle <input type="checkbox"/> Endoscopie interventionnelle <input type="checkbox"/> Autres traitements médicamenteux spécifiques <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> A représenter <input type="checkbox"/> Autre :				



--	--	--	--

Préservation de la fertilité

Femmes

<p>CHU – Hôpital Jeanne de Flandre Service d'assistance médicale à la procréation Et de préservation de la fertilité Téléphone : 03.20.44.68.97 Fax : 03.20.44.66.43 emmanuelle.dorazio@chru-lille.fr</p>	<p>Centre Oscar Lambret 3 rue Frédéric Combemale 59000 Lille Téléphone : 03.20.29.59.18 Fax : 03.20.29.58.96 cancerfertilit@o-lambret.fr</p>	<p>CECOS de Picardie CHU Amiens Picardie – Site Sud Service Médecine et biologie de la reproduction, cytogénétique et CECOS de Picardie – Centre de Biologie Humaine Avenue René Laennec, 80480 Salouël Téléphone : 03.22.08.73.80 Fax : 03.22.08.73.72 preservation.fertilite@chu-amiens.fr</p>
--	--	---

Hommes

<p>CECOS NPDC CHU de Lille - Hôpital Calmette Boulevard Professeur Jules Leclercq – 59037 Lille cedex Téléphone : 03.20.44.66.33 Fax : 03.20.44.69.48 cecos@chru-lille.fr https://www.cecos.org/content/cecos-nord-lille</p>	<p>CECOS de Picardie CHU Amiens Picardie – Site Sud Service Médecine et biologie de la reproduction, cytogénétique et CECOS de Picardie – Centre de Biologie Humaine Avenue Rene Laennec, 80480 Salouël Téléphone : 03.22.08.73.80 Fax : 03.22.08.73.72 Mail : preservation.fertilite@chu-amiens.fr</p>
---	--

Cadre de la Proposition de prise en charge (V.02 2015 Inca)

Essai clinique : OUI NON

(si oui) Nom protocole :



FICHE RCP
SARCOME - TISSUS MOUS - OS



Description de la proposition thérapeutique :

