



**Informations générales sur le patient**

**Consentement** :  OUI  NON

NOM D'USAGE : .....

**PRENOM** : .....

Ville de naissance : .....

Adresse : .....

**Ville de résidence** : .....

Précédent passage en RCP :  OUI  NON

Représentant du patient : .....

Commentaires : .....

Identifiant patient INSC visible : .....

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

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

**Sexe** :  HOMME  FEMME

Code Postal : [ ] [ ] [ ] Téléphone : .....

**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** [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

**Cas discuté en RCP** :  OUI  NON

FINESS : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Intitulé de la RCP** :  Macrobiopsie

**Motif de la RCP** :

Liste déroulante (Choix unique)

Démarche diagnostique  Démarche stratégique (exemple : ACR 3 mais bilan ACR6 en cours)

Autre : .....

RCP de recours (avis expert) :  OUI  NON

Lieu de la RCP : .....

Visio conférence : .....

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)

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

Commentaires : .....

**Co morbidités :**

Pour chaque comorbidité cochée, indiquer une date de début

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Pathologie cardiovasculaire</b><br>Artérite des membres inférieurs<br>HTA<br>Insuffisance coronarienne<br>Valvulopathie<br>Trouble du rythme<br>Insuffisance cardiaque<br>Autre ..... | <input type="checkbox"/> <b>Pathologie métabolique</b><br>Diabète<br>Obésité<br>Hyperlipidémie<br>Autre .....              | <input type="checkbox"/> <b>Pathologie hépato-digestive</b><br>Insuffisance hépatique<br>Cirrhose<br>Autre .....  |
| <input type="checkbox"/> <b>Pathologie rénale</b><br>Insuffisance rénale<br>Autre .....   | <input type="checkbox"/> <b>Pathologie respiratoire</b><br>Insuffisance respiratoire<br>Asthme<br>BPCO<br>Autre .....      | <input type="checkbox"/> <b>Pathologie neuropsychiatrique</b><br>Polynévrite<br>Syndrome démentiel<br>Autre ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Grossesse</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Traitements associés</b><br>Anticoagulant<br>Antiagrégant<br>Immunosuppresseurs<br>Autre ..... | <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> : .....  |

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

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

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

**Antécédents**

- Antécédents personnels carcinologiques                       Antécédents familiaux carcinologiques  
 Antécédents personnels carcinologiques : .....  
 Antécédents familiaux carcinologiques : .....



Mutation génétique prouvée :  Oui  Non

**Siège de la tumeur primitive**

(choix multiple)

- Sein droit  
 Sein gauche  
 Non connu

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

**Foyer 1**

- sein gauche  sein droit

**Image :**

(Choix multiple)

- micro calcification  foyer  plage  
 masse  distorsion architecturale  
 Asymétrie de densité  
 autre .....

**Quadrant**

(Choix multiple)

- sup-ext  
 sup-inf  
 Inf-Ext  
 Inf-int  
 Ret-mam/centro-mammaire  
 Prolong-Axil

Distance au mamelon (en mm) : .....

Taille du foyer (en mm) : ..... X .....

Modalité de visualisation de la lésion :  MMG  US  IRM  Autre : .....

**Foyer 2**

- sein gauche  sein droit

**Image :**

(Choix multiple)

- micro calcification  foyer  plage  
 masse  distorsion architecturale  
 Asymétrie de densité  
 autre .....

**Quadrant**

(Choix multiple)

- sup-ext  
 sup-inf  
 Inf-Ext  
 Inf-int  
 Ret-mam/centro-mammaire  
 Prolong-Axil

Distance au mamelon (en mm) : .....



Taille du foyer (en mm) : ..... X .....

Modalité de visualisation de la lésion :     MMG     US     IRM     Autre : .....

Commentaires : .....

**Proposition de prise en charge**

Commentaires : .....

**Nature de la proposition**

**Foyer 1**

*(Choix unique)*

- ACR0, Nécessité d'examens complémentaires
- ACR1, mammographie normale, reprise de surveillance habituelle
- ACR2, anomalie bénignes, reprise de surveillance habituelle
- ACR3, anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée
- ACR4, anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique
- ACR5, anomalie évocatrice d'un cancer

**Si ACR 3, 4, 5 bloquer le menu déroulant suivant**

- macrobiopsie stéréotaxique
- macrobiopsie stéréotaxique sous écho
- macrobiopsie stéréotaxique sous IRM
- Chirurgie
- Surveillance à 3 mois
- Surveillance à 6 mois
- Surveillance à 1 an
- Autre.....

**Foyer 2**

*Liste déroulante (Choix unique)*

- ACR0, Nécessité d'examens complémentaires
- ACR1, mammographie normale, reprise de surveillance habituelle
- ACR2, anomalie bénignes, reprise de surveillance habituelle
- ACR3, anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée
- ACR4, anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique
- ACR5, anomalie évocatrice d'un cancer

**Si ACR 3, 4, 5 bloquer le menu déroulant suivant**

- macrobiopsie stéréotaxique
- macrobiopsie stéréotaxique sous écho
- macrobiopsie stéréotaxique sous IRM
- Chirurgie
- Surveillance à 3 mois



**FICHE RCP  
MACROBIOPSIE**

**ONCO**

HAUTS-DE-FRANCE  
RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE



- Surveillance à 6 mois
- Surveillance à 1 an
- Autre.....

**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