



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*

Contexte de la RCP

RCP du |_|_| / |_|_| / |_|_|_|

RCP de recours (avis expert) : OUI NON

Cas discuté en RCP : OUI NON

Lieu de la RCP :

FINESS : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Visio conférence :

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 :

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)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dépistage organisé | <input type="checkbox"/> Circonstance non connue |
| <input type="checkbox"/> Dépistage individuel | <input type="checkbox"/> Manifestation clinique : |
| <input type="checkbox"/> Découverte fortuite | |

Commentaires :

Co morbidités :

Pour chaque comorbidité cochée, indiquer une date de début

- | | | |
|---|--|---|
| <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
Autre | <input type="checkbox"/> Pathologie hépato-digestive
Insuffisance hépatique
Cirrhose
Autre |
| <input type="checkbox"/> Pathologie rénale
Insuffisance rénale
Autre | <input type="checkbox"/> Pathologie respiratoire
Insuffisance respiratoire
Asthme
BPCO
Autre | <input type="checkbox"/> Pathologie neuropsychiatrique
Polynévrite
Syndrome démentiel
Autre |
| <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Traitements associés
Anticoagulant
Antiagrégant
Immunosuppresseurs
Autre | <input type="checkbox"/> Autres : |

Commentaires :

Etat général

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

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

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)

- ACRO, Nécessité d'examen 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)

- ACRO, 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.....

Préservation de la fertilité

OUI NON

Femmes

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

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

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