



**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

Profession : .....

Représentant du patient : .....

N° de dossier (Centre d'origine) : .....

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 : .....

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

Visio conférence :  OUI  NON

Web conférence :  OUI  NON

**Intitulé de la RCP :**

- Onco-pédiatrie       Appareil musculo-squelettique       Neuro-oncologie

**Motif de la RCP :**

Liste déroulante (Choix unique)

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

Commentaires : .....

**Origine du patient** :  CHU Amiens     CHU Lille     CHU Rouen     Col     Autre : .....

**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
- Surveillance  NSP

Date du diagnostic :  /  /

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

**Etat général**

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

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

**Lansky** :  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  NA

Date du Lansky :  /  /

<b>100</b>	<b>Pleinement actif</b>
<b>90</b>	<b>Des restrictions mineures à l'activité physique intense</b>
<b>80</b>	<b>Actif mais se fatigue plus vite</b>
<b>70</b>	<b>Une plus grande restriction de jeu</b>
<b>60</b>	<b>Un jeu minimal</b>
<b>50</b>	<b>Traine une grande partie de la journée, ne peut pas jouer activement</b>
<b>40</b>	<b>Principalement dans le lit et participe à des activités tranquilles</b>
<b>30</b>	<b>Alité et a besoin d'aide même pour un jeu calme</b>
<b>20</b>	<b>Dort souvent et limité à des activités très passifs</b>
<b>10</b>	<b>Ne joue pas reste au lit</b>

Poids actuel : .....

Poids attendu pour la taille : .....

Variation de poids en % : .....      Taille (en cm) : .....      IMC (taille/poids<sup>2</sup>) : .....

Critères de dénutrition de l'enfant:

Résultat P/T : ..... (Poids actuel/poids attendu pour la taille) \*100)

- Classification de Waterlow :  Non (P/T en % > 90)  
 (calcul auto selon P/T)  Mineure (P/T en % 80 à 90)  
 Modérée (P/T en % 70 à 80)  
 Sévère (P/T en % < 70)

**Antécédents**

Antécédents personnels carcinologiques  Antécédents familiaux carcinologiques

(selon coches, affiche les champs textes correspondant)

Antécédents personnels carcinologiques : .....

Antécédents familiaux carcinologiques : .....

Syndrome malformatif :  OUI  NON (si oui) Lequel : .....

**Siège de la tumeur primitive**

(Choix unique)

- |  |  |   |                                    |
|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cerveau sus-tentorial | <input type="checkbox"/> Cerveau fosse postérieure | <input type="checkbox"/> Abdomen          | <input type="checkbox"/> Pelvis    |
| <input type="checkbox"/> Ovaire                | <input type="checkbox"/> Cerveau tronc cérébral    | <input type="checkbox"/> Membre supérieur | <input type="checkbox"/> Testicule |
| <input type="checkbox"/> Moelle épinière       | <input type="checkbox"/> Membre inférieur          | <input type="checkbox"/> Rétine           | <input type="checkbox"/> Orbite    |
| <input type="checkbox"/> Côte                  | <input type="checkbox"/> Peau                      | <input type="checkbox"/> ORL paraméningé  | <input type="checkbox"/> Rachis    |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde              | <input type="checkbox"/> ORL non-paraméningé       | <input type="checkbox"/> Bassin           | <input type="checkbox"/> Rein      |
| <input type="checkbox"/> Cou                   | <input type="checkbox"/> Foie                      | <input type="checkbox"/> Thorax           | <input type="checkbox"/> Surrénale |
| <input type="checkbox"/> Vessie                | <input type="checkbox"/> Prostate                  | <input type="checkbox"/> Autre : .....    |                                    |

Date de diagnostic anapath (année) : .....

Statut tumoral au diagnostic :

Localisé  Locorégional  Métastatique

(si métastatique coché : localisation :

Moelle  Os  Poumons  Foie  Cutanée  SNC  LCR)

Rechute :  OUI  NON (si oui) date :  /  /

(si rechute) Mode de rechute :  Locale  Métastatique  Combinée

Localisation :  Locale  Ganglionnaire locorégionale  Ganglionnaire métastatique  
 Moelle  Os  Poumons  
 Foie  Cutanée  SNC  
 LCR  Autre : .....

Statut à la rechute : .....

**Informations para-cliniques :**

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

**Statut thérapeutique de la maladie**

(Choix multiple)

Non traité antérieurement  En cours de traitement  déjà traité

Traitements antérieurs réalisés : Onglet fermé par défaut

<input type="checkbox"/> Chirurgie .....	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"/>
	Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Radiothérapie .....	Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Radio et chimio concomitantes .....	Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

- Radio et chimio séquentielles .....
- Thérapeutique ciblée .....
- Intensification thérapeutique .....
- Immunothérapie .....
- Autre .....

Date de fin de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de début de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de fin de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de fin de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de fin de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de fin de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Traitements en cours : *Onglet fermé par défaut*

- Chirurgie .....
- Chimiothérapie .....
- Radiothérapie .....
- Radio et chimio concomitantes .....
- Radio et chimio séquentielles .....
- Thérapeutique ciblée .....
- Intensification thérapeutique .....
- Immunothérapie .....
- Autre .....

Date de début de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de début de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de début de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de début de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de début de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de début de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de début de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de début de traitement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES**

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

Prélèvements  OUI  NON (si oui date obligatoire)  NSP

**Prélèvement**

Nom du prélèvement : .....

Type de prélèvement :  Biopsie chirurgicale  Biopsie radioguidée  Pièce opératoire

Type histologique :  Néphroblastome  Hépatoblastome  Tumeur germinale maligne  
 Rhabdomyosarcome  Neuroblastome  Sarcome des tissus mous  
 Ostéosarcome  Sarcome d'EWING  Chondrosarcome  
 Tumeurs cérébrales  Tumeur Desmoïde  Autre

Prélèvement adressé tumorothèque :  OUI  NON

Néphroblastome :

stade local :  I  II  III  
 Risque histologique :  bas  intermédiaire  haut  
 Présence de restes néphrogéniques :  oui  non  
 Autre : .....

Hépatoblastome :

Pièce opératoire :  hépatectomie complète  hépatectomie partielle  
 % de remaniements nécrotiques : .....

Envahissement ganglionnaire :  oui  non  
 Stade post-opératoire :  I  II  III  
 Sous-type histologique :  foetal  embryonnaire  anaplasique  
 microtrabéculaire  hépatocarcinome  
 Aspect foie sain : .....

Normalisation aFP postopératoire :  oui  non

Autre : .....  ...

Tumeur germinale maligne :

Pièce opératoire : .....

Sous-type histologique :  yolk sac tumor  germinome  choriocarcinome  
 carcinome embryonnaire  tératome immature  
 tératome mature  mixte

Normalisation des marqueurs :  oui  non  NA

Rhabdomyosarcome :

Sous-type histologique :  RMS embryonnaire  RMS alvéolaire  RMS polymorphe  
 Autre : .....

Présence du transcrit FOXo1 :  Oui  non  Non réalisé

Stade IRS :  I  II  III

Neuroblastome :

Type histologique :  neuroblastome NOS  neuroblastome indifférencié,  
 neuroblastome peu différencié  neuroblastome différenciant  
 Ganglioneuroblastome NOS  Ganglioneuroblastome intermixte  
 Ganglioneuroblastome nodulaire  
 Ganglioneuroblastome indifférencié,  
 Ganglioneuroblastome peu différencié  
 Ganglioneuroblastome différenciant  
 Ganglioneurome  Autre : .....

INPC :  favorable  défavorable  NA

Type génomique :  numérique  segmentaire  NA

Statut NMyc :  NMyc amplifié  NMyc non amplifié  Non réalisé  
 NMyc non réalisé  Autre : .....

Statut de Alk :  mutation  non muté  amplification  non amplifié  non connu

Sarcome des tissus mous :

Type histologique : .....

IRS :  I  Iia  Iib  Iic  IIIa  IIIb

Ostéosarcome :

Type histologique :  ostéoblastique  chondroblastique  fibroblastique  
 télangiectasique  périosté  paraostéal de surface  
 paraostéal de haut grade  paraostéal à petites cellules

Réponse histologique à la chimiothérapie néo-adjuvante :  BR  MR

Sarcome d'EWING :

Réponse histologique à la chimiothérapie néo-adjuvante :  BR  MR

Transcrit :  EWSR4  autre Transcrit  BCOR  CIC-DUX4

Tumeurs cérébrales :

Diagnostic anatomopathologique :

Astrocytome pilocytique

Gliome des voies optiques

- Gangliogliome
- Xanthoastrocytome pléiomorphe
- Gliome de bas grade sans précision
- Gliome de haut grade
- Tumeur glioneuronale maligne
- ATRT
- Médulloblastome
- PNET : .....
- Ependymome
- Tumeur des plexus choroïdes
- Tumeur Germinale Maligne
- Autre : .....

Grade : .....

Biologie moléculaire : .....

Exérèse :  Macroscopiquement complète  Subtotale

Autre : .....

Si pièce opératoire :

Résidu tumoral après chirurgie :

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

-Commentaires : .....

**Proposition de prise en charge**

Résumé clinique/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 :**

- Application d'un référentiel**
  - 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**
  - Proposition d'inclusion dans cohorte SACHA

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

Description de la proposition thérapeutique : . . . . .

**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"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Thérapies ciblées <input type="checkbox"/> Intensification thérapeutique <input type="checkbox"/> Radiothérapie métabolique <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Autres traitements médicamenteux spécifiques <input type="checkbox"/> Allogreffe de cellules souches hématopoiétiques <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie stéréotaxique <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Autre : . . . . .				

**Préservation de la fertilité**

**Méthode de préservation de la fertilité proposée :**

- OUI       NON       réalisée       Sans objet

**Méthode envisageable et timing :**

Liste déroulante (Choix unique)

- Cryoconservation du sperme
- Congélation de pulpe testiculaire
- Vitrification ovocytaire
- Cryoconservation ovarienne
- Cryoconservation testiculaire

Acceptée  OUI       NON