



- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Carcinome | <input type="checkbox"/> Hématologie | <input type="checkbox"/> Onco-pédiatrie | <input type="checkbox"/> Sein |
| <input type="checkbox"/> Digestif | <input type="checkbox"/> Hémato-pédiatrie | <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Soins de support |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Mammotome | <input type="checkbox"/> Os | <input type="checkbox"/> Thoracique |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologie | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Os-métastases | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie | <input type="checkbox"/> Neurologie-métastases | <input type="checkbox"/> Sarcome | |

INFORMATIONS GENERALES SUR LE PATIENT (à saisir une seule fois)

Consentement : OUI NON

NOM D'USAGE :

PRENOM :

Sexe : HOMME FEMME

NOM DE NAISSANCE :

Date de naissance : / / Age :

➤ **Autres informations** (onglet masqué)

Ville de naissance :

Code Postal :

Adresse :

Tél :

Ville de résidence :

Code Postal : (implémentation automatique)

Représentant du patient :

Identifiant patient INSC visible :

Identifiant patient IPP/OID

Tutelle ou curatelle :

➤ **Historique des Comptes-Rendus** (implémentation automatique)

➤ **Précédent passage en RCP** (implémentation automatique)

CONTEXTE DE LA RCP

RCP du / /

Lieu de la RCP : (implémentation automatique)

Motif de la RCP :

Liste déroulante (choix unique)

- Démarche diagnostique
 Proposition de traitement
 Recours

- Surveillance après traitement
 Ajustement thérapeutique

Autre :

Commentaires :

Cas discuté en RCP : OUI NON (implémentation automatique) **RCP de recours (Avis expert)** : OUI NON

Visio conférence : OUI NON Si oui : Etablissement en Visio :

Médecin référent (demandeur) : Etablissement du médecin référent :

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

Médecin traitant : ou NSP

Médecin coordonnateur de la session (Implémentation automatique)

Liste des participants et présents à la RCP (à cocher durant le déroulement de la RCP)

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



INFORMATIONS CLINIQUES (TNM) ET PARACLINIQUES

Circonstances de découverte (du cancer primitif)

Liste déroulante (Choix unique)

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

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 :

➤ **Etat général** (Onglet masqué)

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

Poids actuel : Poids habituel (en Kg) :
 Variation de poids en % : Taille (en Cm) : IMC : (taille/poids²) :
 Score G8 : (Si l'âge du patient >= à 75 ans) Date du G8 : ___ / ___ / ____ Aide de calcul du score G8 (fenêtre qui s'ouvre)

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

Commentaires :



➤ **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 Polynévrite Syndrome démentiel Autre
<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/> Traitements associés Anticoagulant Antiagrégant Autre	<input type="checkbox"/> Autres :

Commentaires :

➤ **Antécédents** (Onglet masqué) repositionner en dessous de comorbidité dans toutes les fiches

Antécédents personnels carcinologiques Antécédents familiaux carcinologiques

(Selon coches, affiche les champs textes correspondant)

Antécédents personnels carcinologiques :

Antécédents familiaux carcinologiques :

(Bien positionner la zone de texte sous la case cochée correspondante)



➤ **Siège de la tumeur** (onglet masqué)

➤ **Siège de la tumeur primitive**

Cancer Rare

Date de diagnostic : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Localisation **CIM10** :

Non connu **Commentaires** :

Latéralité : (texte libre)

➤ Cas présenté ce jour si différent de la tumeur primitive

Localisation **CIM10** :

Non connu **Commentaires** :

Latéralité : (texte libre)

Classification TNM

Listes déroulantes (Choix unique)

Stade T :

Stade N :

Stade M : NSP

Commentaires :

➤ **Éléments paracliniques** (onglet masqué et duplicable)

Examen :

Date de l'examen : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Commentaires :



➤ **Statut thérapeutique** (Onglet masqué)

Statut thérapeutique de la maladie :

Cases à cocher (Choix multiple)

- Non traitée antérieurement
 En cours de traitement
 Déjà traité

Traitement en cours : (si « En cours de traitement » coché)

Listes déroulantes

Traitement (choix multiple)	Commentaires	Date de traitement
<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"/> Radiothérapie interventionnelle <input type="checkbox"/> Radiothérapie – Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Endoscopie interventionnelle <input type="checkbox"/> Chimiothérapie palliative <input type="checkbox"/> Chimiothérapie néoadjuvante <input type="checkbox"/> Radiothérapie antalgique osseuse <input type="checkbox"/> Radio hormonothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie palliative <input type="checkbox"/> Soins de support <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Autre :		



Traitements antérieurs réalisés : (si « Déjà traité », coché)

Listes déroulantes

Traitement (choix multiple)	Commentaires	Date de traitement
<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"/> Radiothérapie interventionnelle <input type="checkbox"/> Radiothérapie – Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Endoscopie interventionnelle <input type="checkbox"/> Chimiothérapie palliative <input type="checkbox"/> Chimiothérapie néoadjuvante <input type="checkbox"/> Radiothérapie antalgique osseuse <input type="checkbox"/> Radio hormonothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie palliative <input type="checkbox"/> Soins de support <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Autre :		



EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES

Prélèvements OUI NON NSP (au lieu du NA)

➤ **Prélèvement** (onglet masqué et possibilité de dupliquer autant de prélèvements que l'on souhaite)

Type de prélèvement : (Liste déroulante)

- Biopsie** **Date :** / /
- Pièce opératoire** **Date :** / /
- Autre** **Date :** / /

Type histologique : (Liste déroulante)

Grade histologique : 0 1 2 3 4 Inconnu

Prélèvement adressé tumorothèque : OUI NON

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

Classification pTNM

Stade pT : Stade pN : Stade pM : NSP

Commentaire :

PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE

Résumé clinique / pré-thérapeutique :

(Synthèse/commentaire) :

Dossier complet OUI NON (si non, commentaires)

Commentaires :

Nature de la proposition :

- Proposition de traitement
- Surveillance
- Nécessité d'examen complémentaires **Type d'examen**
- Recours à une RCP régionale ou nationale
- Arrêt des traitements
- A représenter en RCP



Type de proposition :

Liste déroulante (Choix unique)

- Application d'un référentiel**
 - Application d'un référentiel international
 - Application d'un référentiel national
 - Application d'un référentiel régional
 - Traitement hors AMM application d'un référentiel régional

Traitement hors référentiel

A représenter en RCP

Proposition de prise en charge :

Plan de traitement (Choix multiple et possibilité de connecteur logique « et » « ou » « et/ou » « puis »)	Type de traitement détaillé	Complément	Date échéance	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"/> Radiothérapie osseuse <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle <input type="checkbox"/> Radiothérapie – Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Endoscopie interventionnelle <input type="checkbox"/> Chimiothérapie palliative <input type="checkbox"/> Chimiothérapie néoadjuvante <input type="checkbox"/> Radiothérapie antalgique osseuse <input type="checkbox"/> Radio hormonothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie palliative <input type="checkbox"/> Soins de support <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Autre :					



PRESERVATION DE LA FERTILITE

OUI NON (ne pas précocher)

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@chu-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 René 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 THERAPEUTIQUE

Essai clinique : OUI NON (si oui) Nom protocole :

Description de la proposition thérapeutique :

En rouge = items obligatoires pour valider la fiche

En surligné gris = les items obligatoires pour conformité Inca CDAR2niv 3 = doit obligatoirement figurer sur la fiche