

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

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

Motif de la RCP :

Liste déroulante (Choix unique)

- Démarche diagnostique
 Proposition de traitement

- Surveillance après traitement
 Ajustement thérapeutique

- Recours (2^{ème} avis)
 Autre :

Question précise posée au : Radiologue

Oncologue

Chirurgien

Traitement local

Commentaires :

Origine du patient : CHU Amiens CHU Lille Col CHU Nancy
 CHU Strasbourg CHU Rein CHU Dijon CHU Besançon
 Autre :

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 : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|

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	

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

Date du Lansky : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|

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

Poids actuel :

Poids attendu pour la taille :

Variation de poids en % : Taille (en cm) : IMC (taille/poids²) :

Antécédents

- Antécédents personnels carcinologiques Antécédents familiaux carcinologiques
 Antécédent génétique constitutionnel

(selon coches, affiche les champs textes correspondant)

Antécédents personnels carcinologiques :

Antécédents familiaux carcinologiques :

Antécédents génétique constitutionnel :

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"/> ORL non-paraméningé |
| <input type="checkbox"/> Cerveau tronc cérébral | <input type="checkbox"/> ORL non-paraméningé | <input type="checkbox"/> Cou |
| <input type="checkbox"/> Moelle épinière | <input type="checkbox"/> Rétine | <input type="checkbox"/> Orbite |
| <input type="checkbox"/> ORL paraméningé | <input type="checkbox"/> Rachis | <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 OBLIGATOIRE

- | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | Date de fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ _ |
| | Date de fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ _ |
| | Date de fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ _ |

- | | |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Radio et chimio concomitantes | Date de début de traitement : []/[]/[] |
| | Date de fin de traitement : []/[]/[] |
| <input type="checkbox"/> Radio et chimio séquentielles | Date de début de traitement : []/[]/[] |
| | Date de fin de traitement : []/[]/[] |
| <input type="checkbox"/> Thérapeutique ciblée | Date de fin de traitement : []/[]/[] |
| <input type="checkbox"/> Intensification thérapeutique | Date de fin de traitement : []/[]/[] |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie | Date de fin de traitement : []/[]/[] |
| <input type="checkbox"/> Autre | Date de fin de traitement : []/[]/[] |

Traitements en cours : *Onglet fermé par défaut*

- | | |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | Date de début de traitement : []/[]/[] |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | Date de début de traitement : []/[]/[] |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | Date de début de traitement : []/[]/[] |
| <input type="checkbox"/> Radio et chimio concomitantes | Date de début de traitement : []/[]/[] |
| <input type="checkbox"/> Radio et chimio séquentielles | Date de début de traitement : []/[]/[] |
| <input type="checkbox"/> Thérapeutique ciblée | Date de début de traitement : []/[]/[] |
| <input type="checkbox"/> Intensification thérapeutique | Date de début de traitement : []/[]/[] |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie | Date de début de traitement : []/[]/[] |
| <input type="checkbox"/> Autre | 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 :

<input type="checkbox"/> Tumeur germinale maligne	<input type="checkbox"/> Chondrosarcome
<input type="checkbox"/> Rhabdomyosarcome	<input type="checkbox"/> Sarcome des tissus mous
<input type="checkbox"/> Tumeurs cérébrales	<input type="checkbox"/> Chondrosarcome
<input type="checkbox"/> Autre	

Prélèvement adressé tumorothèque : OUI NON

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 transcrite FOXo1 : Oui non Non réalisé

Stade IRS : I II III

MYO D1 muté : Oui non NA

Sarcome des tissus mous :

Type histologique :

IRS : I Iia IIb IIc IIIa IIIb

Tumeurs cérébrales :

Diagnostic anatomopathologique :

- Astrocytome pilocytique
- Gliome des voies optiques
- DIPG
- 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

BIOLOGIE MOLECULAIRE

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 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

OUI NON

Traitement hors référentiel

Proposition d'inclusion dans cohorte SACHA hors AMM Inclusion essai clinique

Essai clinique : OUI NON

Date : .../.../... si oui préciser lequel

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

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 hématopoïétiques <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie stéréotaxique <input type="checkbox"/> Soins palliatifs				

<input type="checkbox"/> Autre :				
----------------------------------------	--	--	--	--