

FICHE MOLECULAIRE REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

Intitulé de la RCP : (implémentation automatique)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <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 générales 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** (Onqlet masqué)

Ville de naissance :

Code Postal : [] [] [] []

Adresse :

Tel :

Ville de résidence :

Code Postal : [] [] [] (implémentation automatique)

Représentant du patient :

Identifiant patient INSC visible :

Identifiant patient IPP/OID

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

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

Contexte de la RCP Moléculaire

RCP du [] / [] / [] Lieu de la RCP : (Implémentation automatique)

Motif de la RCP :

Liste déroulante (Choix unique)

Demande de tests moléculaires à la recherche de nouvelles cibles thérapeutiques

Interprétation de tests moléculaires Résistance à une thérapie ciblée

Démarche diagnostique

Surveillance après traitement

Proposition de traitement

Ajustement thérapeutique

Autre :

Recours

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)

Listé déroulante (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 :

Cas présenté en RCP ce jour

Cases à cocher (Choix unique)

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Phase initiale | <input type="checkbox"/> Rechute date | <input type="checkbox"/> Suspicion | <input type="checkbox"/> NA |
|---|---|------------------------------------|-----------------------------|

- | | | |
|-----------------------|---|------------------------------|
| Progression du cancer | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | (Si oui) <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> régional | |

A distance (Métastases)

Localisation (cases à cocher)

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Osseuse | <input type="checkbox"/> Hépatique | <input type="checkbox"/> Pulmonaire | <input type="checkbox"/> Pleurale |
| <input type="checkbox"/> Péritonéale | <input type="checkbox"/> Méningée | <input type="checkbox"/> Ovarienne | <input type="checkbox"/> Autre |

Commentaires :

➤ **Co morbidités** (Onglet masqué)

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
Autre | <input type="checkbox"/> Autres : |

FICHE MOLECULAIRE REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

➤ Etat général (Onglet masqué)

Capacité de vie OMS : 0 1 2 3 4 NSP Date de l'OMS : ___/___/____

0 : Activité extérieure normale sans restriction

1 : Réduction des efforts physiques intenses

2 : Doit parfois s'aliter mais moins de 50% de la journée

3 : Doit être alité plus de 50 % de la journée

4 : Incapacité totale, alitement fréquent ou constant

ENLEVER LA PARTIE IMC

Consommation de tabac : Oui Non

Si oui, nombre de PA :

➤ Antécédents (Onglet masqué)

Antécédents personnels carcinologiques

Antécédents familiaux carcinologiques

(Selon coches, affiche les champs textes correspondant)

Antécédents personnels carcinologiques :

Antécédents familiaux carcinologiques :

➤ Siège de la tumeur (Onglet masqué)

➤ Siège de la tumeur primitive (sous bloc à créer)

Date de diagnostic de la pathologie : ___/___/____

Localisation. (Liste déroulante). CIM10 :

« **Localisation** : Cancer colorectal, Cancer œsogastrique, Cancer ORL, Cancer du pancréas, Cancer du poumon, Cancer du rein, Cancer de prostate, Cancer de la thyroïde, Mélanome, Hépatocarcinome, Cholangiocarcinome, Glioblastome, Sarcome, Cancer du Sein, Autre (préciser) »

Non connu Commentaires :

Classification TNM

Listes déroulantes (Choix unique)

Stade T : Stade N : Stade M : NSP

Commentaires :

Nombre de sites métastatiques :

➤ Traitements reçus (onglet duplicable)

Traitement reçus : (teste libre)

Date de début : ___/___/____ Date de fin : ___/___/____

Réponse observée (réponse, stabilité, progression) : (teste libre)

Nombre de lignes de traitement reçu en phase métastatique :

EXAMENS MOLECULAIRE

Prélèvements OUI NON NSP

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

Type de prélèvement : (Liste déroulante)

Biopsie liquide Date : / /

Biopsie solide Date : / /

Si Biopsie solide (choix unique)

Tumeur primitive

Métastase

Si Métastase :

Préciser : (teste libre)

Autre Date : / /

Type histologique : (teste libre)

Référence du prélèvement : (teste libre)

Contrôle morphologique : (teste libre) %

➤ **Analyses moléculaires** (si un type de prélèvement coché, afficher)

Panel NGS standard (choix unique) : Fait Non fait NSP

Si fait : Résultat : (teste libre 3 Lignes)

Panel NGS large (choix unique) : Fait Non fait NSP

Si fait : Résultat : (teste libre 3 Lignes)

Transcrit de fusion (choix unique) : Fait Non fait NSP

Si fait : Résultat : (teste libre 3 Lignes)

FISH (choix unique) : Fait Non fait NSP

Si fait : Résultat : (teste libre 3 Lignes)

Autre test moléculaire (choix unique) : Oui Non

Si Oui: Type de test : (teste libre)

Résultats : (teste libre)

Prélèvements CONGELES disponibles : Primitifs Métastases

Commentaires :

Proposition de prise en charge

Résumé clinique/ pré-thérapeutique :

(Synthèse/commentaire) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nature de la proposition :

- Proposition de traitement
- Nécessité d'exams complémentaires Type d'examen..... **3Lignes**
- Consultation en oncogénétique
- Surveillance
- Autre :

Si Proposition de traitement :

Affiché : « La RCP moléculaire ne se substitue pas à la RCP d'organe. La stratégie thérapeutique est discutée au sein de la RCP d'organe ; la RCP moléculaire émet un avis sur les possibilités thérapeutiques qu'offre l'analyse anatomo-pathologique et moléculaire »

- AMM En essai Hors AMM NSP

Si En essai : Préciser : (teste libre)

Nature du traitement recommandé : (teste libre)

Si Proposition de traitement :

(Cases à cocher, choix multiple)

- Recherche moléculaire ou anatomo-pathologique Relecture anatomo-pathologique
- Nouvelle Biopsie NSP

Si Recherche moléculaire ou anatomo-pathologique : Préciser : (teste libre)

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**

FICHE MOLECULAIRE REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

Préservation de la fertilité

OUI NON

Femmes

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@chru-lille.fr	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	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
--	--	--

Hommes

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	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 Rene Laennec, 80480 Salouël Téléphone : 03.22.08.73.80 Fax : 03.22.08.73.72 Mail : preservation.fertilite@chu-amiens.fr
--	---

Cadre 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

En vert : à ne pas afficher