

# 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

# FICHE MOLECULAIRE REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

## Informations cliniques (TNM) et paracliniques

### Circonstances de découverte (du cancer primitif)

Listé 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)

- Phase initiale  Rechute date .....  Suspicion  NA

- Progression du cancer  OUI  NON  
(Si oui)  Local  régional

A distance (Métastases)

Localisation (cases à cocher)

- Osseuse  Hépatique  Pulmonaire  Pleurale  
 Péritonéale  Méningée  Ovarienne  Autre .....

Commentaires : .....

### ➤ Co morbidités (Onglet masqué)

Pour chaque comorbidité cochée, indiquer une date de début

#### Pathologie cardiovasculaire

Artérite des membres inférieurs  
HTA  
Insuffisance coronarienne  
Valvulopathie  
Trouble du rythme  
Insuffisance cardiaque  
Autre .....

#### Pathologie métabolique

Diabète  
Obésité  
Hyperlipidémie  
Autre .....

#### Pathologie hépato-digestive

Insuffisance hépatique  
Cirrhose  
Autre .....

#### Pathologie rénale

Insuffisance rénale  
Autre .....

#### Pathologie respiratoire

Insuffisance respiratoire  
Asthme  
BPCO  
Autre .....

#### Pathologie neuropsychiatrique

Polynévrite  
Syndrome démentiel  
Autre .....

#### Grossesse

#### Traitements associés

Anticoagulant  
Antiagrégant  
Autre .....

#### 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 CONGÉLES disponibles :**  Primitifs  Métastases

**Commentaires :** . . . . .

## Proposition de prise en charge

Résumé clinique/ pré-thérapeutique :

(Synthèse/commentaire) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Nature de la proposition :**

- Proposition de traitement
- Nécessité d'examen 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

<b>CHU – Hôpital Jeanne de Flandre</b> 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 <a href="mailto:emmanuelle.dorazio@chru-lille.fr">emmanuelle.dorazio@chru-lille.fr</a>	<b>Centre Oscar Lambret</b> 3 rue Frédéric Combemale 59000 Lille Téléphone : 03.20.29.59.18 Fax : 03.20.29.58.96 <a href="mailto:cancerfertilit@o-lambret.fr">cancerfertilit@o-lambret.fr</a>	<b>CECOS de Picardie</b> 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 <a href="mailto:preservation.fertilite@chu-amiens.fr">preservation.fertilite@chu-amiens.fr</a>
--	--	--

### Hommes

<b>CECOS NPDC</b> CHU de Lille - Hôpital Calmette Boulevard Professeur Jules Leclercq – 59037 Lille cedex Téléphone : 03.20.44.66.33 Fax : 03.20.44.69.48 <a href="mailto:cecos@chru-lille.fr">cecos@chru-lille.fr</a> <a href="https://www.cecos.org/content/cecos-nord-lille">https://www.cecos.org/content/cecos-nord-lille</a>	<b>CECOS de Picardie</b> 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 : <a href="mailto:preservation.fertilite@chu-amiens.fr">preservation.fertilite@chu-amiens.fr</a>
--	---

### 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**