

Informations générales sur le patient

Consentement : OUI NON

NOM D'USAGE :

PRENOM :

Ville de naissance :

Adresse :

Ville de résidence :

Précédent passage en RCP : OUI NON

Représentant du patient :

N° de dossier (Centre d'origine) :

Commentaires :

Identifiant patient INSC visible :

NOM DE NAISSANCE :

Date de naissance : [] [] / [] [] / [] [] [] [] Age :

Sexe : HOMME FEMME

Code Postal : [] [] [] Téléphone :

Profession :

Liste des participants et présents à la RCP

- Titre, nom, prénom, profession, spécialité

Contexte de la RCP

RCP du [] [] / [] [] / [] [] [] []

Cas discuté en RCP : OUI NON

FINESS : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Motif de la RCP :

Liste déroulante (Choix unique)

Démarche diagnostique Surveillance après traitement Recours (2^{ème} avis)

Proposition de traitement Ajustement thérapeutique Autre :

RCP de recours (Avis expert) : OUI NON

Lieu de la RCP :

Visio conférence : OUI NON

Web conférence : OUI NON

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

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

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 :

Syndrome malformatif : OUI NON (si oui) Lequel :

Siège de la tumeur primitive

(Choix unique)

- | | | | |
|---|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Pelvis | <input type="checkbox"/> Testicule | |
| <input type="checkbox"/> Ovaire | <input type="checkbox"/> Membre supérieur | <input type="checkbox"/> Rachis | |
| <input type="checkbox"/> Membre inférieur | <input type="checkbox"/> Peau | <input type="checkbox"/> Rein | |
| <input type="checkbox"/> Côte | <input type="checkbox"/> Bassin | <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Surrénale |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Foie | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| <input type="checkbox"/> Cou | <input type="checkbox"/> Prostate | | |
| <input type="checkbox"/> Vessie | | | |

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 : / /

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 : / /

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
 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 transcrite FOXo1 : Oui non Non réalisé
Stade IRS : I II III
MYO D1 muté : Oui non NA

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

- 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 le quel

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 :				