



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 (Onglet masqué)			
Ville de naissance :			
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 Proposition de traitement Ajustement thérapeutique Autre:			
Commentaires:			
Question précise posée au : Radiologue Oncologue Chirurgien Traitement local Radiothérapie Cas discuté en RCP : OUI NON (implémentation automatique) RCP de recours (Avis expert) : OUI NON Nouveau patient : OUI NON AJA : OUI NON Visio conférence : OUI NON Si oui : Etablissement en Visio :			
CHU Strasbourg CHU Rein CHU Dijon CHU Besançon Autre:			
Médecin référent (demandeur) :			



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

Inform	nations cliniques (TNM) et paracliniqu	es				
Circonstances de découverte (du cancer primitif)						
	rconstance non connue lanifestation clinique :					
Commentaires :						
Con myéropaté ou DCD on lour						
Cas présenté en RCP ce jour Cases à cocher (Choix unique)						
	Suspicion	Complication NA				
Si Progression du cancer ou Si Complication Nombre: 1 2 3 Date de progression:						
Commentaires :						
≻ <u>Co morbidités</u> (Onglet masqué)						
Pour chaque comorbidité cochée, indiquer ui						
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:				



≻ <u>Eta</u>	t génér	' <u>al</u> (Onglet masqué)
Capacité	de vie (OMS: 0 1 2 3 4 NSP Date de l'OMS:
	1 : Rédu	ité extérieure normale sans restriction 3 : Doit être alité plus de 50 % de la journée ction des efforts physiques intenses 4 : Incapacité totale, alitement fréquent ou constant parfois s'aliter mais moins de 50% de la journée
	10 Date du	
Menu dé	roulant	
iviella del	100	Pleinement actif
	90	Des restrictions mineures à l'activité physique intense
	80	Actif mais se fatique plus vite
	70	Une plus grande restriction de jeu
	60	Un jeu minimal
	50	Traine une grande partie de la journée, ne peux 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
≻An	técédei	nts (Onglet masqué)
Antéc	édents	personnels carcinologiques Antécédents familiaux carcinologiques
(Selon co	ches. af	fiche les champs textes correspondant)
	-	
Antécéde	nts per	sonnels carcinologiques :
Antécéde	nts fam	niliaux carcinologiques :
≻Siè	ge de la	a <mark>tumeur</mark> (Onglet masqué)
>	Siege	de la tumeur primitive (sous bloc à créer)
C	ancer r	are Date de diagnostic de la pathologie : _ / _ / _
	Locali	sation. (Liste déroulante)
	« Lo	ocalisation : Tumeur osseuse, Tumeur viscérale, Tumeur neurologique, Hématologie, Autre »
		Préciser :
	☐ No	on connu Commentaires :
Classifica	tion TN	IM
Listes d	éroulan	tes (Choix unique)
		Stade N : Stade M : NSP
Comme	entaires	S:
Nombre	de site	s métastatiques :
Гуре hist	ologiqu	ıe (Texte 3 lignes)
Extensior	ns:	(Texte 3 lignes)
Histoire d	de la ma	aladie:(Texte 3 lignes)



> <u>Traitements reçus</u> (onglet duplicable)

•	Traitement reçus : (teste libre)
	Date de début : I_I_I / I_I / I_I_I Date de fin : I_I_I / I_I / I_I_I
ا	Réponse observée (réponse, stabilité, progression) : (teste libre)
Nombre	de lignes de traitement reçu en phase métastatique :



EXAMENS MOLECOLAINE		
Prélèvements OUI NON NSP		
<u>Prélèvement</u> (Onglet masqué et possibilité de dupliquer autant de prélèvements que l'on souhaite) (Liste déroulante)		
☐ Diagnostic		
Rechute		
☐ Métastase		
Diagnostic anapath date : I_I_I / I_I_I / I_I_I _I		
A quel moment le tissu peut être utilisé : (teste libre)		
Type de prélèvement : (Liste déroulante) :		
Biopsie liquide Date:		
☐ Autre Date: _ _ _ _ _ _		
Type histologique : (teste libre)		
Référence du prélèvement : (teste libre)		
Contrôle morphologique : (teste libre) %		
Analyses moléculaires (si un type de prélèvement coché, afficher)		
Quelle Technique (liste déroulant) RTqPCR/Méthode Sanger NGS RNAseq Exome Methylome FISH Autre		
Quelle est l'exploration qui a été faite ?		
Panel NGS standard <i>(choix unique)</i> :		
<u>Si fait :</u> Résultat : (teste libre 3 Lignes)		
Panel NGS large (choix unique):		
<u>Si fait :</u> Résultat : (teste libre 3 Lignes)		
Transcrit de fusion (<i>choix unique</i>) :		
<u>Si fait :</u> Résultat : (teste libre 3 Lignes)		
FISH (choix unique) : Fait Non fait NSP		
<u>Si fait :</u> Résultat : (teste libre 3 Lignes)		
Autre test moléculaire (choix unique) : Dui Non		
Si Oui: Type de test : (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'examens complémentaires Type d'examen				
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 ☐ Nécessité d'examen complémentaire ☐ 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							
Traitement hors référentiel							
Cadre de la Proposition thérapeutique							
Phases précoces dans quel centre : (list	e déroulante)						
CHU Amiens CHU Lille	Col	CHU Nancy					
CHU Strasbourg CHU Rein	CHU Dijon	CHU Besançon	Autre :				
D'autre études à proposer : (teste libre)							
	Préservation	n de la fertilité					
OUI NON							
	Fen	nmes					
CHU – Hôpital Jeanne de Flandre Centre Osc		car Lambret	CECOS de Picardie				
		ic Combemale	CHU Amiens Picardie – Site Sud				
procréation 5900 Et de préservation de la fertilité Táléphone : 6							
Téléphone : 03.20.44.68.97	=	03.20.29.59.18	reproduction, cytogénétique et CECOS de Picardie – Centre de				
Fax: 03.20.44.66.43		29.58.96 CECOS de Picardie – Centre de 20-lambret.fr Biologie Humaine					
emmanuelle.dorazio@chru-lille.fr		<u>ceo tambret.n</u>	Avenue René Laennec, 80480 Salouë				
			Téléphone : 03.22.08.73.80				
			Fax: 03.22.08.73.72				
			preservation.fertilite@chu-amiens.fr				
Hommes							
CECOS NPDC			CECOS de Picardie				
CHU de Lille - Hôpital Calmette		CHU Amiens Picardie – Site Sud					
Boulevard Professeur Jules Leclercq – 59037 Lille cedex		Service Médecine et biologie de la reproduction,					
Téléphone : 03.20.44.66.33 Fax : 03.20.44.69.48		cytogénétique et CECOS de Picardie – Centre de Biologie					
rax : 03.20.44.69.48 cecos@chru-lille.fr		Δνερμε	Humaine Avenue Rene Laennec, 80480 Salouël				
https://www.cecos.org/content/cecos-nord-lille		Téléphone : 03.22.08.73.80					
and the second s		Fax : 03.22.08.73.72					

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



 $\textbf{Mail:} \underline{preservation.fertilite@chu-amiens.fr}$