



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

Ville de résidence :

Code Postal : [] [] [] [] []

Téléphone :

Précédent passage en RCP : OUI NON

Représentant du patient :

Commentaires :

Liste des participants et présents à la RCP

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

Contexte de la RCP

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

RCP de recours (Avis expert) : OUI NONCas discuté en RCP : OUI NON

Lieu de la RCP :

Visio conférence : OUI NONWeb conférence : OUI NONNouveau patient : OUI NONAJA : OUI NON

Motif de la RCP :

Liste déroulante (Choix unique)

 Démarche diagnostique Surveillance après traitement Recours (2^{ème} avis) Proposition de traitement Ajustement thérapeutique Autre :Question précise posée au : Radiologue Oncologue Chirurgien Traitement local Radiothérapie

Si bouton coché alors commentaire associé

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 et paracliniques

Circonstances de découverte (du cancer primitif)

(Choix unique)

- Circonstance non connue
 Manifestation clinique :
 Découverte fortuite
 Surveillance NSP

Cas présenté en RCP ce jour

Cases à cocher (Choix unique)

- Phase initiale Rechute date Suspicion Complication NA

Si Progression du cancer ou Si Complication

Nombre : 1 2 3 Date de progression : ___/___/____

Local régional A distance (Métastases)

Si A distance (Métastases)

Localisation (cases à cocher)

- Osseuse Hépatique Pulmonaire Pleurale
 Péritonéale Méningée Ovarienne Autre

Commentaires :

Date de 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 : ___/___/____

Menu déroulant

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 habituel (en kg) :

REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

Poids attendu pour la taille :

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

Critères de dénutrition de l'enfant :

Résultat P/T : (Calcul automatique : (Poids actuel/poids attendu pour la taille) *100)

Classification de Waterlow : Non (P/T en % > 90)
(calcul auto selon P/T) Mineure (P/T en % 80 à 90)
 Modérée (P/T en % 70 à 80)
 Sévère (P/T en % < 70)

Evaluation Onco-gériatrique : OUI NON (Si oui, afficher) Date : ___ / ___ / ____

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 :

Siège de la tumeur primitive

Maladie de Hodgkin Autres lymphomes Autres syndromes myéloprolifératifs
 Syndrome myélodysplasique Leucémie aigüe non lymphoblastique
 Leucémie aigüe lymphoblastique Lymphome lymphoblastique T Lymphome anaplasique
 Leucémie myéloïde chronique Lymphome de Burkitt Autres :

Date de diagnostic de la pathologie (année) :

Code CIM :

Rechutes :

Rechute 1 : Date : ___ / ___ / ____ Commentaire :

Rechute 2 : Date : ___ / ___ / ____ Commentaire :

Siège de la tumeur primitive

Maladie de Hodgkin Autres lymphomes Autres syndromes myéloprolifératifs
 Syndrome myélodysplasique Leucémie aigüe non lymphoblastique
 Leucémie aigüe lymphoblastique Lymphome lymphoblastique T Lymphome anaplasique
 Leucémie myéloïde chronique Lymphome de Burkitt Autres :

Date de diagnostic de la pathologie (année) :

Code CIM :

Rechutes :

Rechute 1 : Date : ___ / ___ / ____ Commentaire :

Rechute 2 : Date : ___ / ___ / ____ Commentaire :

EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES

Prélèvements OUI NON (si oui date obligatoire)

Date de prélèvement : / / NSP

Lieu de prélèvement : Type de prélèvement : Biopsie Ponction

Leucémie aigüe lymphoblastique :

Leucocytes (/mm3) :
 Blastos sanguins (/mm3) :
 Blastos sanguins à l'évaluation à J8 (/mm3) :
 Blastos médullaires (%) :
 Classification FAB : 1 2 3 Inclassable
 Immunophénotypage :
 Cytogénétique :
 Biologie moléculaire :
 Index d'ADN :
 Cortico-sensible : OUI NON Inévaluable
 Localisation neuro-méningée : OUI NON NA

Atteintes (choix multiples) :

Autres localisations :
 SNC - LCR

Maladie de Hodgkin :

Stade Ann Arbor : I II III IV
 Cases à cocher, choix multiple { A B
 a b
 E
 Localisation retenue comme tumorale :
 Type histologique :
 Volume tumoral (mm³) :
 •
 •
 •
 Rapport médiastino-thoracique :
 VS :

Leucémie aigüe non lymphoblastique :

Leucocytes (/mm3) :
 Blastos sanguins (/mm3) :
 Blastos médullaires (%) :
 Classification FAB : 0 1 2 3 4
 5 6 7 Inclassable
 Cytogénétique :
 Biologie moléculaire :
 Atteintes (choix multiples) :
 Autres localisations :
 SNC - LCR

Lymphome de Burkitt :

Stade de Murphy : I II III IV
 LDH (UI/l) : ≤ 2 fois la normale > 2 fois la normale
 Atteintes (choix multiples) :
 Moelle osseuse :
 SNC
 LCR
 Autres :
 Caryotype :
 Biologie moléculaire :

Lymphome anaplasique :

Stade de Murphy : I II III IV
 LDH (UI/l) : ≤ 2 fois la normale > 2 fois la normale

Atteintes (choix multiples) :

- Moelle osseuse :
- SNC
- LCR
- Autres :

Caryotype :

Biologie moléculaire :

Autres lymphomes :

Stade de Murphy : I II III IV

Atteintes (choix multiples) :

- Moelle osseuse :
- SNC - LCR
- Autres :

Caryotype :

Biologie moléculaire :

Syndrome myélodysplasique :

Type :

- JMML
 Caryotype :
- Syndrome de Down :
 - Réaction leucémioïde transitoire
 - Leucémie
- Syndrome myélodysplasique
 - Cytopénie réfractaire (blastés sanguins < 2% + blastés médullaires < 5%)
 - AREB (blastés sanguins 2 à 19% + blastés médullaires de 5 à 19%)
 - AREB-T (blastés sanguins de 20 à 29% + blastés médullaires de 20 à 29%)

Cytogénétique :

Lymphome lymphoblastique T :

Stade de Murphy : I II III IV
 LDH (UI/l) : ≤ 2 fois la normale > 2 fois la normale

Atteintes (choix multiples) :

- Moelle osseuse :
- SNC - LCR
- Autres :

Caryotype :

Biologie moléculaire :

Leucémie myéloïde chronique :

Allogreffable : OUI NON NA
 Mutation BCR-ABL : OUI NON Type :

Caryotype :

Biologie moléculaire :

Anomalie additionnelle au caryotype :

Autres syndromes myéloprolifératifs :

Type histologique :

Bilan d'extension :

Facteurs pronostiques :

Description :

Clinique :

Autre :

Type histologique :

.

Bilan d'extension :

Facteurs pronostiques :

.

Description :

.

.....

Clinique :

.....

.

Proposition de prise en charge

Résumé pré-thérapeutique (synthèse/commentaire) :

Dossier complet OUI NON (si non commentaires)

Commentaires :

Nature de la proposition :

- Recours à une RCP régionale ou 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
 - 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

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 (Annexe)	Date de début envisagée	Commentaires	Structure/Professionnel
<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Thérapies ciblées <input type="checkbox"/> Autres traitements médicamenteux spécifiques				

REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

<input type="checkbox"/> Intensification thérapeutique <input type="checkbox"/> Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques <input type="checkbox"/> Radiothérapie métabolique <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> A représenter				
--	--	--	--	--

Commentaires :

.....

.....

Préservation de la fertilité

Méthode de préservation de la fertilité proposée :

OUI NON Sans objet

(Si oui) Méthode envisageable et timing :

Cryoconservation du sperme
 Congélation de pulpe testiculaire
 Vitrification ovocytaire
 Cryoconservation ovarienne
 Cryoconservation testiculaire

Acceptée OUI NON Réalisée OUI NON

Cadre de la Proposition de prise en charge

Essai clinique : OUI NON

Si Oui I II III

Nom protocole

Description de la proposition thérapeutique :

.....