



**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

Visio conférence :  OUI  NON

**Nouveau patient :**  OUI  NON

**Motif de la RCP :**

Liste déroulante (Choix unique)

Démarche diagnostique  Surveillance après traitement  Recours (2<sup>ème</sup> avis)

Proposition de traitement  Ajustement thérapeutique  Autre : .....

Question précise posée au :  Radiologue  Oncologue  Chirurgien

Traitement local  Radiothérapie

*Si bouton coché alors commentaire associé*

Commentaires : .....

RCP de recours (Avis expert) :  OUI  NON

Lieu de la RCP : .....

Web conférence :  OUI  NON

**AJA :**  OUI  NON

# FICHE NEURO-ONCO PEDIATRIQUE DE REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

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

### 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 : .....  
.....

### Siège de la tumeur primitive

(Choix unique)

- Cerveau sus-tentorial  Cerveau fosse postérieure  ORL non-paraméningé  
 Cerveau tronc cérébral  ORL non-paraméningé  Cou  
 Moelle épinière  Rétine  Orbite  
 ORL paraméningé  Rachis  Autre : .....

Date de diagnostic anapath (année) : .....

Statut tumoral au diagnostic :

- Localisé  Locorégional  Métastatique

(si métastatique coché : localisation :

- Moelle  Os  Poumons  Foie  Cutanée  SNC  LCR)

Date du diagnostic : [ ]/[ ]/[ ]

Commentaires : .....  
.....

Etat général

Capacité de vie OMS :  0  1  2  3  4  NA 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

Lansky :  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100  NA

Date du Lansky :  /  /

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 attendu pour la taille : .....

Variation de poids en % : ..... Taille (en cm) : ..... IMC (taille/poids<sup>2</sup>) : .....

➤ **Co morbidités** (Onglet masqué)

Pour chaque comorbidité cochée, indiquer une date de début

<input type="checkbox"/> <b>Pathologie cardiovasculaire</b> Artérite des membres inférieurs HTA Insuffisance coronarienne Valvulopathie Trouble du rythme Insuffisance cardiaque Autre .....	<input type="checkbox"/> <b>Pathologie métabolique</b> Diabète Obésité Hyperlipidémie Autre .....	<input type="checkbox"/> <b>Pathologie hépato-digestive</b> Insuffisance hépatique Cirrhose Autre .....
<input type="checkbox"/> <b>Pathologie rénale</b> Insuffisance rénale Autre .....	<input type="checkbox"/> <b>Pathologie respiratoire</b> Insuffisance respiratoire Asthme BPCO Autre .....	<input type="checkbox"/> <b>Pathologie neuropsychiatrique</b> Polynévrite Syndrome démentiel Autre .....
<input type="checkbox"/> <b>Grossesse</b>	<input type="checkbox"/> <b>Traitements associés</b> Anticoagulant Antiagrégant Autre .....	<input type="checkbox"/> <b>Autres : .....</b>

**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 : .....

Syndrome malformatif :  OUI  NON (si oui) Lequel : .....

**Informations para-cliniques :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

➤ **Eléments paracliniques** (Onglet masqué et duplicable)

Examen : ..... Date de l'examen :  /  /   
 Commentaires : .....

**Statut thérapeutique de la maladie**

(Choix multiple)

- Non traité antérieurement  En cours de traitement  déjà traité

**Traitements antérieurs réalisés : Onglet fermé par défaut OBLIGATOIRE**

- |  |  |
|--|--|
| <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"/><br>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"/><br>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"/><br>Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Radio et chimio séquentielles ..... | Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/><br>Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Thérapeutique ciblée .....          | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Intensification thérapeutique ..... | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie .....                | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Autre .....                         | Date de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>   |

**Traitements en cours : Onglet fermé par défaut**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie .....                     | Date de début 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"/> |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie .....                 | Date de début 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"/> |
| <input type="checkbox"/> Radio et chimio séquentielles ..... | Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Thérapeutique ciblée .....          | Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Intensification thérapeutique ..... | Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie .....                | Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Autre .....                         | Date de début de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

**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 :  Tumeur germinale maligne  Chondrosarcome  
 Rhabdomyosarcome  Sarcome des tissus mous  
 Tumeurs cérébrales  Chondrosarcome  
 Autre

Prélèvement adressé tumorothèque :  OUI  NON

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

Sarcome des tissus mous :

Type histologique : .....

IRS :  I  Iia  IIb  IIc  IIIa  IIIb

Tumeurs cérébrales :

Diagnostic anatomopathologique :

- Astrocytome pilocytique
- Gliome des voies optiques
- DIPG
- Gangliogliome
- Xanthoastrocytome pléiomorphe
- Gliome de bas grade sans précision
- Gliome de haut grade
- Tumeur glioneuronale maligne
- ATRT
- Médulloblastome
- PNET : .....
- Ependymome
- Tumeur des plexus choroïdes
- Tumeur Germinale Maligne
- Autre : .....

Grade : .....

Biologie moléculaire : .....

Exérèse :  Macroscopiquement complète  Subtotale

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 lequel .....

**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 : .....				

**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
- Vitriification ovocytaire
- Cryoconservation ovarienne
- Cryoconservation testiculaire

Acceptée  OUI  NON

Description de la proposition thérapeutique : .....