FICHE RCP TUMEURS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL ET ORL ONCO-PEDIATRIQUE

EN-HOPE
Organisation Inter Régionale de recours en hémato-oncologie pédiatrique Hauts-de-France et Grand-Est

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

Adresse : . . . . . .

Ville de résidence : . . . . . .

Code Postal : |_|_|_| Téléphone : . . . . . .

Précédent passage en RCP : ☐ OUI ☐ NON

Profession : . . . .

Représentant du patient : . . ..

N° de dossier (Centre d'origine) : . . . .

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 ☐ NON

Cas discuté en RCP : ☐ OUI ☐ NON

Lieu de la RCP : . . . . . .

Visio conférence : ☐ OUI ☐ NON

Web conférence : ☐ OUI ☐ NON

Nouveau patient : ☐ OUI ☐ NON

AJA : ☐ OUI ☐ NON

Motif de la RCP :

Liste déroulante (Choix unique)

☐ Démarche diagnostique
☐ Proposition de traitement
☐ Surveillance après traitement
☐ Ajustement thérapeutique
☐ Recours (2ème avis)
☐ Autre : . . . . . .

Question précise posée au : ☐ **Radiologue** ☐ **Oncologue** ☐ **Chirurgien**
☐ **Traitement local** ☐ **Radiothérapie**

Si bouton coché alors commentaire associé

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

ONCO HAUTS-DE-FRANCE
DISPOSITIF SPÉCIFIQUE RÉGIONAL DU CANCER

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-tentoriel ☐ 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 : I_I_I / I_I_I / I_I_I_I_I

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	

Lanksy : ☐ **10** ☐ **20** ☐ **30** ☐ **40** ☐ **50** ☐ **60** ☐ **70** ☐ **80** ☐ **90** ☐ **100** ☐ **NA**

Date du Lansky : I_I_I / I_I_I / I_I_I_I_I

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 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**

Poids actuel : . . . . . .

Poids attendu pour la taille : . . . .

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

➢ **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 : . . . .**

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 : . . . .

ONCO HAUTS-DE-FRANCE
DISPOSITIF SPÉCIFIQUE RÉGIONAL DU CANCER

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***

☐ Chirurgie . . . . . Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Chimiothérapie . . . . . Date de début de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Radiothérapie . . . . . Date de début de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Radio et chimio concomitantes . . . . . Date de début de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Radio et chimio séquentielles . . . . . Date de début de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Thérapeutique ciblée . . . . . Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Intensification thérapeutique . . . . . Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Immunothérapie . . . . . Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Autre . . . . . Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Traitements en cours : *Onglet fermé par défaut*

☐ Chirurgie . . . . . Date de début de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Chimiothérapie . . . . . Date de début de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Radiothérapie . . . . . Date de début de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Radio et chimio concomitantes . . . . . Date de début de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Radio et chimio séquentielles . . . . . Date de début de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Thérapeutique ciblée . . . . . Date de début de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Intensification thérapeutique . . . . . Date de début de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Immunothérapie . . . . . Date de début de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
☐ Autre . . . . . 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 :
- ☐ Tumeur germinale maligne
- ☐ Rhabdomyosarcome
- ☐ Tumeurs cérébrales
- ☐ Autre
- ☐ Chondrosarcome
- ☐ Sarcome des tissus mous
- ☐ Chondrosarcome

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 transcrit 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
☐ Chirurgie ☐ Chimiothérapie ☐ Thérapies ciblées ☐ Intensification thérapeutique ☐ Radiothérapie métabolique ☐ Immunothérapie ☐ Autres traitements médicamenteux spécifiques ☐ Allogreffe de cellules souches hématopoiétiques ☐ Radiothérapie ☐ Radiothérapie stéréotaxique ☐ Soins palliatifs ☐ 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
☐ Vitrification ovocytaire
☐ Cryoconservation ovarienne
☐ Cryoconservation testiculaire

Acceptée ☐ **OUI** ☐ **NON**

Description de la proposition thérapeutique : . . . . . .
. . . . . .