



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
- 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 [] [] / [] [] / [] [] [] []

Cas discuté en RCP : OUI NON

Visio conférence : OUI NON

Nouveau patient : OUI NON

Motif de la RCP :

Liste déroulante (Choix unique)

<input type="checkbox"/> Démarche diagnostique	<input type="checkbox"/> Surveillance après traitement	<input type="checkbox"/> Recours (2 ^{ème} avis)
<input type="checkbox"/> Proposition de traitement	<input type="checkbox"/> Ajustement thérapeutique	<input type="checkbox"/> 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/poids²) :

➤ **Co morbidités** (Onglet masqué)

Pour chaque comorbidité cochée, indiquer une date de début

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

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 : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | Date de début de traitement : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |
| | Date de fin de traitement : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | Date de début de traitement : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |
| | Date de fin de traitement : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |
| <input type="checkbox"/> Radio et chimio concomitantes | Date de début de traitement : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |
| | Date de fin de traitement : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |
| <input type="checkbox"/> Radio et chimio séquentielles | Date de début de traitement : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |
| | Date de fin de traitement : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |
| <input type="checkbox"/> Thérapeutique ciblée | Date de fin de traitement : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |
| <input type="checkbox"/> Intensification thérapeutique | Date de fin de traitement : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie | Date de fin de traitement : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |
| <input type="checkbox"/> Autre | Date de fin de traitement : <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |

Traitements en cours : Onglet fermé par défaut

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

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 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**

FICHE NEURO-ONCO PEDIATRIQUE DE REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

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 :