



**FICHE RCP TUMEURS
VISCERALES ET OSSEUSES**

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

Contexte de la RCP

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 Surveillance après traitement
 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 :



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 présentant le dossier (si différent du médecin référent du dossier) :

Médecin traitant : Ou NSP

Médecin coordonnateur de la session (Implémentation automatique)

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)

- Abdomen Pelvis
 Ovaire Membre supérieur Testicule
 Membre inférieur Peau Rachis
 Côte Bassin Rein
 Thyroïde Foie Thorax Surrénale
 Cou Prostate 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

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 :

Histoire de la maladie :
.....
.....

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

Examen :	Date de l'examen : <input type="text" value="___/___/____"/>
Commentaires :	

Statut thérapeutique de la maladie

(Choix multiple)

- Non traité antérieurement En cours de traitement déjà traité

Traitements antérieurs réalisés : Onglet fermé par défaut

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

Traitements en cours : *Onglet fermé par défaut*

<input type="checkbox"/> Chirurgie	Date de début de traitement : _ / _ /
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	Date de début de traitement : _ / _ /
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	Date de début de traitement : _ / _ /
<input type="checkbox"/> Radio et chimio concomitantes	Date de début de traitement : _ / _ /
<input type="checkbox"/> Radio et chimio séquentielles	Date de début de traitement : _ / _ /
<input type="checkbox"/> Thérapeutique ciblée	Date de début de traitement : _ / _ /
<input type="checkbox"/> Intensification thérapeutique	Date de début de traitement : _ / _ /
<input type="checkbox"/> Immunothérapie	Date de début de traitement : _ / _ /
<input type="checkbox"/> 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 : Néphroblastome Hépatoblastome Tumeur germinale maligne
 Rhabdomyosarcome Neuroblastome Sarcome des tissus mous
 Ostéosarcome Sarcome d'EWING Chondrosarcome
 Tumeur Desmoïde Autre

Prélèvement adressé tumorothèque : OUI NON

Néphroblastome :

Stade local : I II III
Risque histologique : bas intermédiaire haut
Présence de restes néphrogéniques : oui non
Autre :

Hépatoblastome :

Pièce opératoire : hépatectomie complète hépatectomie partielle
% de remaniements nécrotiques :

Envahissement ganglionnaire : oui non
Stade post-opératoire : I II III
Sous-type histologique : fœtal embryonnaire anaplasique
 microtrabéculaire hépatocarcinome

Aspect foie sain :

Normalisation aFP postopératoire : oui non
Autre :

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

Neuroblastome :

Type histologique : neuroblastome NOS neuroblastome indifférencié,
 neuroblastome peu différencié neuroblastome différenciant
 Ganglioneuroblastome NOS Ganglioneuroblastome intermixte
 Ganglioneuroblastome nodulaire
 Ganglioneuroblastome indifférencié,
 Ganglioneuroblastome peu différencié
 Ganglioneuroblastome différenciant
 Ganglioneurome Autre :

INPC : favorable défavorable NA

Type génomique : numérique segmentaire NA

Statut NMyc : NMyc amplifié NMyc non amplifié Non réalisé
 NMyc non réalisé Autre :

Statut de Alk : mutation non muté amplification non amplifié non connu

Sarcome des tissus mous :

Type histologique:

IRS: I Iia Iib Iic IIIa IIIb

Ostéosarcome :

Type histologique : ostéoblastique chondroblastique fibroblastique
 télangiectasique périosté paraostéal de surface
 paraostéal de haut grade paraostéal à petites cellules

Réponse histologique à la chimiothérapie néo-adjuvante : BR MR

Sarcome d'EWING :

Réponse histologique à la chimiothérapie néo-adjuvante : BR MR

Transcrit : EWSR4 autre Transcrit BCOR CIC-DUX4

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 :

.....