## INFORMATIONS ADMINISTRATIVES DU PATIENT

Identité du patient :

Nom de naissance :

Nom d’usage :

Prénom :

Date de naissance :

Pays de naissance et code postal :

Genre : ❑ homme ❑ femme

Age :

Adresse :

Téléphone :

Code postal :

Ville de résidence :

IPP du patient :

Établissement :

## CONTEXTE DE LA RCP

Intitulé de la RCP :

Date de la RCP :

**Participants à la RCP :**

Nom

Fonction

Structure

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Motif de la RCP :**

❑ Simple enregistrement

❑ Démarche diagnostique

❑ Proposition de traitement**\***

❑ Ajustement thérapeutique**\***

❑ Surveillance après traitement

***\*****A ce stade, il est préconisé de faire une évaluation des besoins en soins palliatifs*

❑ Rechute**\***

❑ Relecture d'examens

❑ Recours (2nd avis)

❑ Autre**\*** : ………………..

Médecin demandeur : Etablissement demandeur :

Autres correspondants : Médecin traitant :

 ❑ Pas de médecin traitant connu

## INFORMATIONS CLINIQUES ET PARACLINIQUES

### Antécédents / co-morbidités

Antécédents personnels

Antécédents familiaux

Oncogénétique

### Circonstances de la découverte

* Circonstances non connues
* Dépistage individuel
* Manifestations cliniques
* Découverte fortuite
* Dépistage organisé

Histoire de la maladie

Décisions RCP antérieures

### Etat général

Taille (cm) : Poids (kg) : Date de mesure :

Capacité de vie OMS : ❑ 0 ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3**\***  ❑ 4**\*** ❑ NSP

Date de l'OMS :

Score Pallia 10 : ❑ ⩽ 3 ❑ ⩾ 4**\*** <http://www.sfap.org/system/files/pallia10.pdf>

***\*****A ce stade, il est préconisé de faire une évaluation des besoins en soins palliatifs*

Si ⩾ 75 ans : Score G8 : Date de calcul : ………..

État actuel

Grossesse en cours\* ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP Début de grossesse : ……..

Cancer reconnu d'origine professionnelle : ❑ Oui ❑ Non ❑ Demande en cours ❑ NSP

### Siège de la tumeur primitive

### Localisation : ……………………………………………………………………………………………………

 ❑ NSP

Latéralité (ou partie) ❑ Droite ❑ Gauche ❑ Autre : …………………………

Date de diagnostic initial :

### TNM

Date :

Type : ❑ cTNM ❑ pTNM ❑ yTNM

Entourez la case correspondante dans le tableau ci-dessous :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stade | T | N | M |
| 0 | Tis | N0 | M0 |
| I | T1  | N0  | M0 |
| IIA | T0T1T2 | N1N1N0 | M0M0M0 |
| IIB | T2T3 | N1N0 | M0M0 |
| IIIA | T0T1T2T3T3 | N2N2N2N1N2 | M0M0M0 |
| IIIB | T4 Quel que soit T | Quel que soit NN3 | M0M0 |
| IV | Quel que soit T | Quel que soit N | M1 |

### Autre classification

Précisez : …………………………………………………………………………………

### Stade actuel de la maladie

### Cas présenté : ❑ Phase initiale ❑ 2nd cancer de novo ❑ Progression\* ❑ Rechute\* ❑ Locale ❑ Régionale ❑ A distance

Localisation(s) actuelle(s) : ……………………………………………………………………………………..

**Libellé :**

❑ Mélanome malin de la peau

❑ Autres tumeurs malignes de la peau

❑ Sarcome de Kaposi de la peau

❑ Mélanome in situ

❑ Peau (Carcinome in situ)

❑ Peau (tumeur à évolution imprévisible et inconnu)

### Évaluation sociale / Soins de support

### Evaluation réalisée : ❑ Oui ❑ Non

Evaluation sociale patient :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Besoins soins de support du patient :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Besoin soutien proches et aidants :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

❑ Consulter / mettre à jour les informations relatives au dépôt des directives anticipées

### Résultats d'examens récents

Biologie standard

Marqueurs tumoraux

Imagerie

Autre

## EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES

### Synthèse des examens précédents

### Nouveaux examens anatomopathologiques

❑ Oui   ❑ Non   ❑ NSP

Si oui : Date d’examen : …………………………….

Type d’examen : ………………………………………………………………………………….

Localisation : ………………………………………………………………………………………

Précisions : …………………………………………………………………………………………….

### Type histologique

Type :

❑ Carcinome basocellulaire

❑ Carcinome épidermoïde

❑ Mélanome

❑ Carcinome de Merkel

❑ Autre

Précisions : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Immunohistochimie : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Biologie moléculaire : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Exploration du ganglion sentinelle : ❑ Oui ❑ Non Métastatique : ❑ Oui ❑ Non

Curage ganglionnaire régional : ❑ Oui ❑ Non

Si oui :

Nb de ganglions envahis : ….N+

Nb en rutpture capsulaire : …..R+

Nb examinés : ….. N

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Résidu tumoral après chirurgie : ❑ R0 ❑ R1 ❑ R2 ❑ Rx Marges : …………………………………

Relecture anatomopathologique : …………………………………………………………………………………………………………………….……...…………………………………………………………………………………………………………………………………

Date de relecture : …………………………………

Autre(s) examen(s) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## SYNTHÈSE ET QUESTION POSÉE

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## DÉCISION

**Décision**

❑ Décision prise ❑ À représenter en RCP ❑ Recours à une RCP régionale ou nationale

**Précisions**

 ……..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Avis oncogénétique ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Avis oncogériatrique ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Proposition de préservation de la fertilité ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

### Propositions de traitements

Précisez l’ordre devant le traitement

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_ Chirurgie\_\_ Dispositif implantable/VVC \_\_ Chimiothérapie \_\_ Immunothérapie \_\_ Hormonothérapie  | \_\_ Thérapie ciblée \_\_ Radiothérapie \_\_ Radio/Chimio concomitante\_\_ Radiothérapie métabolique\_\_ Curiethérapie  | \_\_ Radiologie interventionnelle\_\_ Autogreffe/Allogreffe\_\_ Prise en charge palliative**\***\_\_ CHIP\_\_ Surveillance seule\_\_ Autre |

**\***Si prise en charge palliative :

❑ Demande d’intervention d’une équipe de soins palliatifs

❑ Programmation d’une RCP onco-palliative

❑ Autre : …………………………………………………………………………………………………………………..

Autres précisions thérapeutiques & surveillance

……………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………. ……

Statut :

❑ A prévoir : date de début envisagée : ………………………… ❑ Dès que possible

❑ En cours

❑ Interrompu

❑ Terminé

❑ Annulé

**Proposition d’accompagnement / soins de support**

Proposition d’accompagnement : ❑ Oui\* ❑ Non

***\*Si oui, typologie de soins de support :***

❑ Activité Physique Adaptée (APA)

❑ Accompagnement esthétique

❑ Addictologie

❑ Consultation référent oncologue

❑ Consultation soins de support

❑ Diététique / Nutrition

❑ Equipe mobile SP et/ou douleur

❑ Ergothérapeute

❑ Gériatre

❑ Kinésithérapie / Rééducation fonctionnelle

❑ Orthophoniste

❑ Pharmacien

❑ Psychiatre / Psychologue

❑ Psychomotricien

❑ Réévaluation équipe soignante

❑ Service social

❑ Stomathérapeute

❑ Autre

**Précisions :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nom(s) soignant(s) :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Lieu :**

❑ Intra hospitalier

❑ Extra hospitalier

**Statut :**

❑ A prévoir

 Date(s) : ………………………………………

 ……………………………………….

 ……………………………………….

❑ En cours

❑ Interrompu

❑ Terminé

❑ Annulé

**Evaluation sociale du patient :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Evaluation des proches et/ou aidants du patient :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Devenir du patient :**

❑ Domicile

❑ Hospitalisation soins de support

❑ SSR

❑ Séjour de répit

❑ LISP

❑ USP

❑ A définir

**Intervenant(s) :**

❑ Réseau de santé

❑ HAD

❑ Hôpital de jour soins de support

❑ Professionnels libéraux

❑ SSIAD

❑ Prestataire de ville

❑ Autre

**Autres :**

❑ Associations de malades / Bénévoles

❑ Pratiques complémentaires

### Commentaire(s) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## CADRE DE LA PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE

### Application d'un référentiel

❑ Référentiel régional :

❑ Référentiel national :

❑ Référentiel international :

❑ Traitement hors référentiel :

Proposition d’inclusion dans un essai clinique : ❑ Oui ❑ Non

Si oui, titre et/ou n° de registre

Personne validant la RCP :

Fiche RCP validée : ❑ Oui ❑ Non

Fiche RCP envoyée au médecin traitant : ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP