## 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 / Difficultés psychosociales

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

**Si oui :**

Date début de grossesse : ……………………….

Nb SA (au jour de la RCP) : ……………………..

**Si non :**

Ménopause : ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP Traitement hormonal substitutif : ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Désir de grossesse / paternité : ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Contraception : ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

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 :

### Classifications

### **FIGO** Stade : ❑ I ❑ IA ❑ IA1 ❑IA2 ❑ IA3 Date : ……………………….

 ❑ IB ❑ IB1 ❑ IB2 ❑ IB3

 ❑ IC1 ❑ IC2 ❑ IC3

 ❑ II ❑ IIA ❑ IIA1 ❑ IIA ❑ IIB ❑ IIC

 ❑ III ❑ IIIA ❑ IIIA1 ❑ IIIA2 ❑ IIIB ❑ IIIC

 ❑ IV ❑ IVA ❑ IVB

TNM

Type : ❑ cTNM ❑ pTNM ❑ yTNM Date : ……………………....

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 : Date : ……..

### Stade actuel de la maladie

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

 ❑ Locale ❑ Régionale ❑ A distance

Localisation(s) actuelle(s) :

Appareil : organes génitaux féminins

**Organe :**

❑ Col utérin

❑ Corps utérin

❑ Endomètre

❑ Ovaire

❑ Ovaire, tumeurs frontières (borderline)

❑ Péritoine

❑ Placenta

❑ Trompe

❑ Vagin

❑ Vulve

❑ Autre

❑ Indéterminé

**Libellé :**

❑ Col utérin

❑ Corps utérin

❑ Endomètre

❑ Ovaire

❑ Ovaire, tumeurs frontières (borderline)

❑ Péritoine

❑ Placenta

❑ Trompe

❑ Vagin

❑ Vulve

❑ Autres organes génitaux de la femme

❑ Organes génitaux de la femme indéterminé

**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

Autres

## EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES

### Synthèse des examens précédents

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

### ………………………………………………………………………………………………………………………………

### Nouveaux examens anatomopathologiques

❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Si oui : Date : …………………..

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

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

 Type histologique

 Type : ………………………………………………………….

 Sous-type : ……………………………………………………

 Grade : ❑ 0 ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3

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

 Stade : ……………………………………………

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

 Marge : …………………………………………..

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

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

 Date de relecture : ……………………………

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

Biologie moléculaire :

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

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