## 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 ou hémopathie reconnu(e) d'origine professionnelle :

❑ Oui

❑ Non

❑ Demande en cours ❑ NSP

### Type de cancer ou d’hémopathie

Diagnostic :

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

❑ NSP

Précisions / Commentaires :

Date du diagnostic initial : ………………………………..

### Résultats d'examens récents

Biologie standard

Marqueurs spécifiques (biologie spécialisée, marqueurs tumoraux, biologie moléculaire, cytogénétique, ponction sternale, …)

Imagerie

Bilan pré thérapeutique

Autre

**Classifications / Score / Stade**

Précisez : …………………………………………………………………………………………………………..

Stade : ………………………………………………. Date : ………………………

### 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

## EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES

### Synthèse des examens précédents

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

### Nouveaux examens anatomopathologiques

❑ Oui   ❑ Non   ❑ NSP

Si oui : Date d’examen : …………………………….

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

Localisation : ……………………………………………………………………………………………………………...

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

Autre(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