## 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 palliatifsj*

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

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

Date du 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 | T0  T1  T2 | N1  N1  N0 | M0  M0  M0 |
| IIB | T2  T3 | N1  N0 | M0  M0 |
| IIIA | T0  T1  T2  T3  T3 | N2  N2  N2  N1  N2 | M0  M0  M0 |
| IIIB | T4  Quel que soit T | Quel que soit N  N3 | M0  M0 |
| 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\*

Localisation(s) actuelle(s) :

### Évaluation sociale/ soins de support

### Evaluation réalisée : ❑ Oui ❑ Non

Evaluation sociale patient :

Besoins soins de supports 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 :

❑ Biopsie Date : ❑ NSP

❑ Pièce opératoire Date : ❑ NSP

**Histologie**

❑ Carcinome mucineux

❑ Angiosarcome

❑ Carcinome papillaire

❑ Carcinome invasif non spécifique

❑ Carcinome tubuleux

❑ Carcinome indifférencié

❑ Carcinome intracanalaire

❑ Carcinome intracanalaire avec microinvasion

❑ Carcinome intrakystique

❑ Carcinome invasif micropapillaire

❑ Carcinome lobulaire invasif non pléomorphe

❑ Sarcome phyllode

❑ Carcinome lobulaire invasif pléomorphe

❑ Sarcome stromal

❑ Carcinome lobulaire in situ non pléomorphe

❑ Carcinome lobulaire in situ pléomorphe

❑ Carcinome médullaire

❑ Tumeur phyllode de grade intermédiaire

❑ Carcinome métaplasique

❑ Pas de lésion résiduelle

❑ Autre :

Code anapath (généré automatiquement à partir de l’histologie sur le DCC) :

Grade histopronostique infiltrant\* : ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ NA

Grade histopronostique in situ : ❑ Bas ❑ Intermédiaire ❑ Haut ❑ NA

Emboles vasculaires : ❑ Oui ❑ Non

Index mitotique : ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3

KI67 : ………..%

**Récepteurs**

Récepteurs estrogènes : ❑ Négatif ❑ Positif : ….. %

Récepteurs progestérone : ❑ Négatif ❑ Positif : ….. %

Surexpression HER2 (IHC) : …... % : ❑ 0 ❑ + ❑ ++ ❑ +++ ❑ En cours

Amplification (SISH) : ❑ Oui ❑ Non ❑ NA

Si pièce opératoire :

Taille tumeur invasive (mm) :

Multifocalité\* : ❑ Oui ❑ Non

Taille du contingent in situ (mm) :

Taille des berges latérales d’exérèse (mm) : …………………………………………………

❑ Saines ❑ Saines après reprise chirurgicale : ❑ Limites ❑ Envahies

**Statut ganglionnaire :** ❑ Ganglion sentinelle ❑ Curage ❑ NSP

Nb ganglion(s) envahis : / total ganglions prélevés :

Rupture capsulaire : ❑ Oui ❑ Non ❑ NA

Micrométastase : ❑ Oui ❑ Non ❑ NA

Cellules tumorales isolées\* : ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

# Classification pTNM :

Entourez la case correspondante dans le tableau ci-dessous :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stade | T | N | M |
| 0 | Tis | N0 | M0 |
| I | T1 | N0 | M0 |
| IIA | T0  T1  T2 | N1  N1  N0 | M0  M0  M0 |
| IIB | T2  T3 | N1  N0 | M0  M0 |
| IIIA | T0  T1  T2  T3  T3 | N2  N2  N2  N1  N2 | M0  M0  M0 |
| IIIB | T4  Quel que soit T | Quel que soit N  N3 | M0  M0 |
| IV | Quel que soit T | Quel que soit N | M1 |

# Autre classification

précisez : stade : Date : ❑ NSP

Commentaires :

## 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