

**République française**

<b>Médecin pathologiste déclarant</b> Nom : _____  Adresse de la structure : _____   Téléphone : _____ Télécopie : _____	<b>Médecin clinicien prescripteur (à renseigner par le pathologiste)</b> Nom : _____  Spécialité : _____  Institution : _____  Téléphone : _____
---	---

Maladie à déclaration obligatoire

**Mésothéliomes**

N° 14568\*01

**Formulaire pathologiste**

**Important** : à remplir et à faxer rapidement au médecin de l'ARS au numéro suivant :

Coordonnées du patient (à remplir par le pathologiste, variables obligatoires nécessaires pour générer le code d'anonymat)	
Nom patronymique : _____	Prénom : _____
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    Date de naissance : _____	

**A remplir par l'ARS**

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_



Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ Date de notification : \_\_\_\_\_

**Informations sur le patient et le mésothéliome (à remplir par le pathologiste)**

<b>1 - Données patient</b>	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    Date de naissance : _____	
Lieu de naissance (commune et département ou pays) : .....	
Code postal de résidence : _____	
et/ou Commune et département de résidence (en clair) : .....	
<b>2 - Mode de diagnostic :</b> <input type="checkbox"/> cytologie <input type="checkbox"/> ponction/biopsie radioguidée <input type="checkbox"/> biopsie/pièce opératoire <input type="checkbox"/> autopsie	
<b>3 - Données anatomo-pathologiques :</b>	
Date de prélèvement : _____	Numéro d'examen : _____
Type histologique : <input type="checkbox"/> épithélioïde <input type="checkbox"/> sarcomatoïde <input type="checkbox"/> desmoplastique <input type="checkbox"/> mixte (biphasique) <input type="checkbox"/> mésothéliome SAI <input type="checkbox"/> papillaire superficiel bien différencié <input type="checkbox"/> autre, préciser : .....	
Site : <input type="checkbox"/> plèvre <input type="checkbox"/> péritoine <input type="checkbox"/> péricarde <input type="checkbox"/> sans précision <input type="checkbox"/> autre, préciser : .....	



<b>Médecin pathologiste déclarant</b> (à renseigner par le pathologiste) Nom : _____ Tampon ou coordonnées de la structure : _____   Dater et signer : _____	<b>A remplir par l'ARS et faxer à l'InVS (attention : numéro dédié à la DO mésothéliomes)</b> <b>Région :</b> _____ <b>Médecin clinicien prescripteur :</b> nom : _____ Spécialité : _____ Institution : _____ <b>Patient :</b> code postal ou commune/département de résidence : ..... ..... Contact professionnel avec de l'amiante (recueil auprès du médecin clinicien) : <input type="checkbox"/> pas de contact connu <input type="checkbox"/> certain ou très vraisemblable <input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> ne sait pas
---	--