

Documents à joindre :  CRA  CRO  CR consultations  Imagerie  
Le recueil du consentement du patient est à la charge du médecin demandeur

RCP du **Médecin demandeur** (Nom, Prénom, Ville) :

## IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de jeune fille ..... Nom d'usage .....

Prénom ..... Sexe  H  F

Date de naissance / / CP / Ville de résidence : \_ \_ \_ \_ \_

### Etablissement de prise en charge :

### Correspondants du patient

**Médecin traitant** (Nom, Prénom, Ville) :

Pneumologue (Nom, Prénom, Ville):

Chirurgien (Nom, Prénom, Ville) :

Autres :

## Clinique et Para-clinique

**Antécédents (familiaux, personnels, chirurgicaux)/Comorbidités :**

### Histoire de la maladie

### Facteurs de risques :

Statut tabagique :  Fumeur actif  Ancien fumeur  N'a jamais fumé

Nombre de paquets/années :

Prise en charge tabacologique :

Délai de sevrage :

Exposition professionnelle :  Amiante  Autre  Non

Autres facteurs de risques :

## Situation clinique actuelle

**Phase de la maladie :**  Phase initiale  Rechute

**Date de rechute :**

**Progression :**  Locale  Régionale  A distance

**Echelle de performance OMS :** 0 1 2 3 4

**Date d'observation :**

**Date :** **Fonction respiratoire :** VEMS (ml) :

VEMS (% de la théorique) :

TLCO (% de la théorique) :

Autres :

**Commentaire/ Situation Clinique actuelle :**

SITE	Adresse mail sécurisée	☎	Télécopieur
Site de Rennes	<a href="mailto:poleregionalcancerologie@telesantebretagne.org">poleregionalcancerologie@telesantebretagne.org</a>	02 99 28 99 56	02 99 28 99 68
Site de Brest	<a href="mailto:poleregionalcancerologie-brest@telesantebretagne.org">poleregionalcancerologie-brest@telesantebretagne.org</a>	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67

## Tumeur

Numéro de la tumeur : |\_\_\_\_|  Primitif  Secondaire  Inconnu

Siège de la tumeur (CIM - 10) :

Commentaire/ localisation :

Latéralité :  Droite  Gauche  Médian  Bilatérale  Non applicable

Stade T |\_\_\_\_| Détail T |\_\_\_\_| Stade N |\_\_\_\_| Stade M |\_\_\_\_|

Version du TNM clinique :

Autres stades :

Bilan d'extension initial :

Type de prélèvement :  Histologie  Cytologie du |\_\_|/|\_\_|/|\_\_|/|\_\_|  Pas d'histologie

Type histologie (ADICAP) :  Tumeur rare

Conclusion du CRO (à compléter si document non joint)

Conclusion du CR ACP – Commentaires histologie (à compléter si document non joint)

y Stade pT |\_\_\_\_| Détail pT |\_\_\_\_| Stade pN |\_\_\_\_| Stade pM |\_\_\_\_| pl |\_\_\_\_| R |\_\_\_\_|

Biologie Moléculaire/Génétique :  Disponible  Non demandé  En attente

Immunohistochimie PDL1 :  <1%  Entre 1 et 49%  >=50%  En attente

Mutation somatiques (portées par la tumeur) : Translocation ALK :  +  -  Non cherché  En attente

EGFR :  Muté  Sauvage (non muté)  Non cherché  En attente

ROS1 :  +  -  Non cherché  En attente

Autres :

Mutations germinales (portées par le patient) :

Commentaires/ Biologie moléculaire :

Commentaires / Tumeur :

## Proposition de prise en charge

Question posée à la RCP :

Statut du cas présenté :  Discuté  Enregistré

SITE	Adresse mail sécurisée	☎	Télécopieur
Site de Rennes	<a href="mailto:poleregionalcancerologie@telesantebretagne.org">poleregionalcancerologie@telesantebretagne.org</a>	02 99 28 99 56	02 99 28 99 68
Site de Brest	<a href="mailto:poleregionalcancerologie-brest@telesantebretagne.org">poleregionalcancerologie-brest@telesantebretagne.org</a>	02 29 02 01 18	02 29 02 01 67