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

**Lieu d’exercice du médecin demandeur :**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom de naissance ………………………………………………………… Nom utilisé ………………………………………………

Prénom …………………………………………………………………………. Sexe  H  F

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

**Etablissement de prise en charge** :

**Correspondants du patient**

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

Chirurgien : **(**Nom, Prénom, Ville**)**

Autres **(**Nom, Prénom, Ville**)** : Autres :

**Clinique et Para-clinique**

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

**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 :

Autres facteurs de risques :

**Histoire de la maladie :**

**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 :**

**Commentaire/ Situation Clinique actuelle** :

**Préservation de la fertilité** :  Faite/programmée  Non concerné/non adapté  A prévoir **Préciser** :

**Commentaires / Situation clinique actuelle / Bilan d’imagerie :**

|  |
| --- |
| **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 |\_\_\_\_|**

**Autres stades :**

**Bilan d’extension initial** :

**Type de prélèvements**:  Histologie  Cytologie du |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Pas d’histologie

**Type histologie** (ADICAP) :  Tumeur rare

**Conclusion du CRO – Commentaires** :

**Conclusion du CR ACP – Commentaires histologie** *:*

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

**Biologie moléculaire**

**Numéro d’ADN :**

**Charge mutationnelle (en nombre de mutation par paires de bases) :**

**Caractérisation de la mutation**

Numéro de la mutation :

Mutation :

Expression de la mutation : Cellules tumorales (%) : Fréquence de la mutation (%) :

Type de mutation :  Germinale  Somatique

**Autres anomalies :**

**Proposition de prise en charge**

**Question posée à la RCP :**

**Statut du cas présenté :**  Discuté Enregistré