**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**):**

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 :

Autres facteurs de risques :

**Situation clinique actuelle**

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

**Progression** :  Locale  Régionale  A distance

**Syndrome sécrétoire** : ☐ Oui ☐ Non

**Echelle de performance OMS** : 0 1 2 3 4 **Date d’observation :**

**Pronostic estimé de la maladie :** ☐ <3 mois ☐ <6 mois ☐ Entre 6 mois et 1 an ☐ >1 an ☐ Inconnu

**Score Pronopall :**

**Patient algique :** ☐ Oui ☐ Non **Localisation de la douleur :**

**Cause(s) présumée(s) de la douleur :**

**Examen neurologique :**

**Patient déficitaire :** ☐ Oui ☐ Non

**Localisation(s) des lésions osseuses :**  ☐ Axiale ☐ Périphérique **Précisez :**

**Aspect des lésions osseuses :**  Condensant  Lytique  Mixte

**Evolution des lésions osseuses :**

**Traitement antérieurs de la douleur et résultats :**

**Irradiation antérieure sur le site de la douleur :** ☐ Oui ☐ Non **Précisez :**

**Biphosphonates :** ☐ Oui ☐ Non **Lesquels :**

**Antirank ligand :** ☐ Oui ☐ Non

**Traitement actuels de la douleur :**

**Examen d’imagerie disponible : Date :**

**Commentaire/ Situation Clinique actuelle** :

**Tumeur**

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

**Siège de la tumeur (code CIM)** :

**Commentaire localisation :**

**Latéralité :**  Droite  Gauche  Médian  Bilatérale  Non applicable

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

**Version 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 |\_\_\_\_\_\_| R |\_\_\_\_|**

**Biologie Moléculaire/Génétique :**

**Commentaires / Tumeur :**

**Proposition de prise en charge**

**Question posée à la RCP :**

**Statut du cas présenté :**  Discuté Enregistré