**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 :

Intoxication alcoolique : ☐ Oui ☐ Non ☐ Sevré

Exposition professionnelle : ☐ Amiante ☐ Autre ☐ Non

Caractéristiques sociales impactant la prise en charge :

Recherche HPV : ☐ Oui ☐ Non ☐En attente

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 :**

**Bilan dentaire :**  Fait  Non fait  Absence  Non adapté **Date du bilan :**

**Soins buccodentaires :**  Effectués  Non effectués  Programmés  A prévoir  Non nécessaire **Date des soins :**

**Poids habituel (kg) : Poids actuel (kg) :**

**Taille (en cm) : IMC actuel :**

**Evaluation nutritionnelle :**  Oui  Non  A prévoir  En attente

**Prise en charge nutritionnelle :**  Entérale  Parentérale  Mixte Orale

**Gastronomie d’alimentation :**  Posée  Non posée  Programmés  A prévoir  Non nécessaire **Date de pose :**

**Audiogramme :**  Fait  Non fait  A prévoir

**Echographie cardiaque :**  Fait  A prévoir **FEV (en%) :**

**Commentaires / Situation Clinique actuelle / Bilan imagerie :**

**Tumeur**

**Schéma**

Image / Outil / Forme :

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

**Groupe/localisation** :  Cavité buccale  CUP syndrome  Fosses nasales/Oreilles  Glandes salivaires  Hypopharynx  Larynx  Lèvre  Naso ou Rhinopharynx  Oropharynx  Sinus de la face  Thyroïde  VADS mal définies  Autre

**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** :

**Panendoscopie :**  Oui  Non **Date :**

**Résecable :**  Oui  Non

**Type de prélèvement**:  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 |\_\_\_\_|**

**Commentaires / Tumeur :**

**Biologie Moléculaire/Génétique :**  Disponible  Non demandé  En attente

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

Mutation somatiques (portées par la tumeur) : P16 :  +  -  Non cherché  En attente

Autres :

Mutations germinales (portées par le patient) :

Commentaires/ Biologie moléculaire :

**Proposition de prise en charge**

**Question posée à la RCP :**

**Statut du cas présenté :**  Discuté Enregistré