**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 :** ……………………………………..……… Gastro-entérologue : .……………………………………………………… Chirurgien : ………………………………………………….…….. Autres : ……………………………………………….…………………………….

**Motif de la prise en charge** : Ajustement thérapeutique  Avis diagnostique Décision de traitement Prise en charge initiale

**ANTÉCÉDENTS ET COMORBIDITÉS**

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**SITUATION CLINIQUE ACTUELLE**

**Phase de la maladie** :  Phase initiale  Rechute **Progression** :  Locale  Régionale  A distance

**Capacité de vie / OMS / Performance Status** : 0 1 2 3 4 Date d’observation :

**Patient issu du dépistage organisé**

**Constatations endoscopiques :** Date de la procédure : / / Taille : ………..mm

Localisation**:**  Œsophage epidermoïde  Œsophage Barrett  Estomac  Duodénum  Papille  Côlon  Rectum  Autres : …………………….

Classification de Paris :  O-Ip(Pédiculée)  O-Is(Sessile)  O-IIa(Plan-Surelevé)  O-IIb(Plan-Plan)  O-IIc(Déprimé)  O-III(Ulcéré)

LST :  granulaire homogène  nodulaire avec macronodule  non granulaire  non granulaire pseudo déprimée  granulaire pseudo déprimée

**Description de la situation clinique actuelle** :

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

**Score G8** : Date : **Consultation Oncogériatrique** :  Oui  Non  Programmée

**Patient concerné par une PEC Adolescent et Jeune Adulte (AJA** – Patient âgé de 15 à 25 ans**)**

Discussion en RCP en présence d'un pédiatre :  Faite  Programmée  A programmer

**CHIRURGIE**

**Chirurgie** Date de la procédure : / /

**Curage** **N+/N** : / **R** :  RX R0 R1  R2

**Chirurgie itérative Type de chirurgie**  Vide Chirurgie classique  Résection endoscopique Biopsie seule

Type résection endo :  Polypectomie  Mucosectomie monobloc  Mucosectomie peacemeal  ESD  autre

**Complément de destruction au plasma argon**  **Impression endoscopique de résection complète**

**TUMEUR**

**Type** :  Primitif  Secondaire  Inconnu

**Siège de la tumeur** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Commentaire localisation :

**Latéralité** :  Droite  Gauche  Médian  Bilatérale

u i **T |\_\_\_\_\_|** ou intra muqueux  **N |\_\_\_\_| M |\_\_\_\_|** Autres stades :

**Bilan d’extension initial** :

**Prélèvement**:  Histologie  Cytologie du |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Pas d’histologie

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

**Différenciation cellulaire** :  Bien différencié  Moyennement différencié  Peu différencié

**Taille de la pièce** : …..mm \* …..mm  Fragments

**Lésion** : Diamètre total (A) : ……… mm Marges latérales :  Saines  DBG  DHG  Infiltrantes  Non évaluables

Marges verticales :  Saines  Infiltrantes  Non évaluables

**Diamètre du cancer :** Epaisseur (B) : ……….mm Carcinome intra-muqueux :  M1  M2  M3  M4 que pour EBO

Envahissement de la sous muqueuse Oui  Non  Non évaluable

Largeur de l’envahissement (C) : ……..µm Profondeur d’infiltration (D) : ……..µm

Embole :  Oui  Non (*Si oui*, Vasculaire Lymphatique Engainement périnerveux :  Oui  Non

Budding :  Score 1 (<5)  Score 2 (5-9)  Score 3 (≥10)  Pas de budding

Classification Haggitt (si polype pédiculé) :  Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3  Niveau 4

**Commentaires / Tumeur :**

**PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE**

**Question posée :**

**Statut du cas présenté** :  Discuté  Enregistré

**Proposition de prise en charge :**

**Proposition d'inclusion dans un essai clinique :**

**Proposition correspondant à la recommandation/au référentiel de bonne pratique clinique**

**Nom référentiel :**