**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 :**

**Prise en charge initiale :**

|  |
| --- |
| **Tumeur** |

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

**Siège de la tumeur (CIM - 10)** :

**Commentaires/ localisation :**

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

**Bilan d’extension initial** :

|  |
| --- |
| **Situation clinique actuelle** |

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

**Progression :**  Locale  Régionale  A distance

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

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

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

|  |
| --- |
| **Diagnostic** |

Mode de découverte :

Imagerie :

Bilan endocrinien : Oui Non

**->** ***Si oui, veuillez sélectionner la case***

**Prolactine** (merci de préciser les unités et les normes du laboratoire) :

Résultat : Date :

**Axe corticotrope** (merci de préciser les unités et les normes du laboratoire) : **MM/AA**

Cortisol 8h: Résultat : Date :

ACTH 8h: Résultat : Date :

CLU/24h: Résultat : Date :

Cycle cortisol/ ACTH : Résultat : Date :

Test au synacthène microdosé : Résultat : Date :

Test au synacthène standart : Résultat : Date :

Test de freinage minute : Résultat : Date :

Test de freinage standart : Résultat : Date :

Autres tests : Résultat : Date :

**Axe thyréotrope** (merci de préciser les unités et les normes du laboratoire) :

T4libre : Résultat : Date :

TSH : Résultat : Date :

**Axe somatotrope** (merci de préciser les unités et les normes du laboratoire) :

IGF1 : Résultat : Date :

GH : Résultat : Date :

Cycle de GH : Résultat : Date :

GH/HGPO : Résultat : Date :

GH / hypoglycémie insulinique : Résultat : Date :

**Axe gonadotrope** (merci de préciser les unités et les normes du laboratoire) :

FSH :Résultat : Date :

LH :Résultat : Date :

Estradiol :Résultat : Date :

TestostéroneRésultat : Date :

**Diabète insipide** : Oui Non Exploration en cours

**Autre(s)** :

**Bilan ophtalmo :** Oui Non **Précisez :** Date :

**Chirurgie :** Oui Non **Type de chirurgie** : Endonasale Date :

Autre :

**Traitement médical** : Oui Non Type :

**Type histologique (ADICAP) :**

|  |
| --- |
| **Evolution** |

**Radiothérapie :** Oui Non Type : Dose : Date :

**Proposition de prise en charge**

**Patient concerné par une PEC Adolescent et Jeune Adulte (AJA) :**

**Discussion en RCP en présence d’un pédiatre**  Faite  Programmée  A programmer

**Question posée à la RCP :**

**Statut du cas présenté :**  Discuté Enregistré