

Date de RCP : ____/____/____

Nom de la RCP :

Cas déjà présenté : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas ☒ si oui, date de dernière présentation : ____/____/____

Recours

IMPORTANT	Cocher une des 4 cases :	Cas ENREGISTRÉ la proposition suit un référentiel validé	Cas DISCUTÉ la proposition de la RCP est HORS référentiel
	Demande INTRA CHU Médecin demandeur de l'avis en RCP : CHU		
Demande HORS CHU Médecin demandeur de l'avis : HORS CHU			

Patient

NOM de NAISSANCE :

NOM MARITAL :

PRENOM(S) :

Date de naissance ____/____/____ ☐ Homme ☐ Femme

☒ pour les patients non connus du CHU : code postal et commune de résidence

.....

Demande

Médecin demandeur d'avis en RCP :

Service de rattachement au CHU :

Structure de rattachement si HORS CHU :

Commune si Cabinet Privé :

Médecin présentant le dossier (si différent du demandeur) :

Motif de la demande (1 seule case à cocher) :

- ☐ Avis diagnostique (diagnostic de cancer non déterminé ou incertain, suspicion de tumeur)
☐ Mise en traitement (non traité auparavant)
☐ Suivi de traitement / ajustement thérapeutique (patient en cours de traitement)
☐ Surveillance
☐ Autre, préciser :

Etat clinique général

Capacité de vie OMS : ☐ 0 activité normale ☐ 1 \ efforts intenses ☐ 2 alitement <50%
☐ 3 alitement >50% ☐ 4 incapacité totale ☐ inconnu

Comorbidités actives :
 (pouvant influencer la proposition de prise en charge au moment de la RCP)

État de la tumeur discutée en RCP

► Description de la tumeur discutée (ex : suspicion de métastase d'un cancer de...) :

.....

► Type de tumeur discutée en RCP (1 case à cocher) :

- ☐ Tumeur primitive
☐ Métastase

► S'agit-il d'une suspicion de tumeur (1 case à cocher) :

- ☐ Oui (caractère malin incertain, suspicion de rechute, suspicion de progression)
☐ Non (tumeur maligne in situ ou infiltrante certaine, tumeurs bénignes certaines [exemple : tumeur bénigne du système nerveux central], rechute ou progression certaines)

► État de la tumeur discutée (1 case à cocher) :

- ☐ Nouvelle tumeur (pour le patient)
☐ Rechute (après phase de rémission)
☐ Progression (si patient en cours de traitement)
☐ Suivi d'une tumeur déjà connue (réévaluation du traitement)

Tumeur primitive

► Sièges du primitif (localisation de la tumeur primitive) :

ou ☐ siège primitif inconnu

► Latéralité : ☐ droit ☐ gauche ☐ médian ☐ bilatéral ☐ sans objet

► Date de diagnostic : ____/____/____

(date de 1^{ère} anapath positive, sinon date de 1^{ère} consultation pour la pathologie maligne)

► Type histologique du primitif (anapath de la tumeur primitive) :

.....

► Paramètres spécifiques (ex : LDH, NFS, VS, pic monoclonal, immunophénotypage...)

.....

► Autres tumeurs primitives connues chez ce patient :

Siège : Histologie : année : ____/____/____ (de 1^{ère} prise en charge)

Siège : Histologie : année : ____/____/____

Siège : Histologie : année : ____/____/____

Extension de la tumeur primitive

☐ aucune ☐ inconnue

☐ loco-régionale :

☐ à distance : si oui, siège des METASTASES :

siège méta : siège méta :

siège méta : siège méta :

Classifications pronostiques (au moment de la discussion en RCP) :

Classification Ann Arbor : ____	Critères CRAB : ____
Score IPI : ____	Score ISS : ____
Score FLIPI : ____	Autres, préciser : ____
Score IPSS : ____	
Score de MATUTES : ____	
Classification de Murphy : ____	

Synthèse du cas

Envoyer en annexe de cette fiche un résumé de l'histoire clinique avec une copie des principaux examens nécessaires à la prise de décision.

Aucun dossier ne pourra être discuté en l'absence de ces éléments

Question posée à la RCP

Proposition de la RCP (1 ou plusieurs cases à cocher) :

- ☐ Mise en traitement ☐ Suivi de traitement
☐ Surveillance ☐ Essai thérapeutique
☐ Abstention thérapeutique
☐ Autre, préciser :
☐ Décision reportée et raison du report (1 ou plusieurs cases à cocher) :
☐ Nécessité d'examens complémentaires
☐ Recours à une autre RCP régionale/interrégionale/nationale
☐ Pas assez d'information sur le dossier
☐ Autre, préciser :

Conclusion de la RCP (proposition + justification de la proposition de RCP) :

Nom du médecin référent de la prise en charge d'aval :

Nom du médecin destinataire principal du courrier RCP :

(noter ici : Qui fait Quoi Où Quand Comment et Pourquoi)

Médecins présents à la RCP (au moment de la discussion) :

Médecins CHU :

Dr / Pr + Prénom + NOM + Spécialité médicale

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Médecins HORS CHU :

Dr / Pr + Prénom + NOM + Spécialité médicale + Structure de rattachement
 (exemple : CLCC Bordeaux, CH Sud Gironde, Clinique Tivoli, Cabinet privé Le Bouscat ...)

☐
☐
☐