

DOSSIER D'INSCRIPTION EN RCP

A COMPLETER OBLIGATOIREMENT POUR TOUTE PRESENTATION DE DOSSIER DE PATIENT A LA RCP SELON LES RECOMMANDATIONS DE L'INCa

Date de RCP : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Intitulé de la RCP :

Lieu de la RCP :

Type d'enregistrement : Enregistrement simple Avec discussion en RCP

Cette fiche doit être accompagnée de tous les CRO et CRA du patient ou a minima, de leurs conclusions

PARTIE A COMPLETER PAR LE PRATICIEN EN CHARGE DU PATIENT (OU PAR DELEGATION PAR SA SECRETAIRE ET SOUS LA RESPONSABILITE DU MEDECIN EN CHARGE)

IDENTIFICATION PATIENT

NOM d'usage.....

PRENOM.....

NOM de naissance :

Sexe : Homme Femme

Date de naissance |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Code postal : |_|_|_|_|

Age : ans

Ville de résidence :

Identification dans le Centre (IPP) :

Liste des documents joints :

- Comptes-rendus d'imagerie
- Bilan d'extension
- Comptes-rendus d'analyses sanguines
- Comptes-rendus d'anatomopathologie (histologies, marqueurs tumoraux)
- Comptes-rendus opératoires

IDENTIFICATION MEDECINS

Médecin demandant l'avis :

Médecin présentant le dossier :

⇒ Chirurgien opérateur ? oui non

Médecin traitant :

Autres médecins identifiés dans la prise en charge :

MOTIF DE PRESENTATION DU DOSSIER EN RCP

Avis diagnostique

Décision de traitement

Ajustement thérapeutique

Surveillance après traitement

Autre

Recours

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Histoire de la maladie :

Antécédents significatifs (ayant un impact sur la conduite du traitement proposé)

Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Libellé de l'antécédent :

Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Libellé de l'antécédent :

Co-morbidités :

Traitements antérieurs

Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Libellé du traitement :

Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Libellé du traitement :

DONNEES CLINIQUES

Circonstances de la découverte

- Manifestation clinique
 Dépistage individuel

- Dépistage organisé
 Autodécouverte

Stade OMS (0-4) :

- 0 : Activité normale
1 : Patient symptomatique mais ambulatoire
2 : Alitement < 50 % du temps diurne
3 : Alitement > 50 % du temps diurne
4 : Alitement permanent

Statut thérapeutique de la maladie lors de la phase en cours

- Non traité antérieurement
 Phase initiale de traitement

- Déjà traitée
 Progression locale, régionale ou à distance

Rechute : oui non

Capacité de vie OMS

- 1 3
 2 4

Date de l'évaluation onco-gériatrique : ____/____/____ ...Score : ____/14

Siège de la tumeur primitive : CIM10 : ____|____|____

Classification TNM : T ____ N ____ M ____

Latéralité (si applicable) : gauche droit bilatéral

DONNEES HISTO-CYTO-PATHOLOGIQUES

Date du prélèvement : ____/____/____

R : Résidu tumoral après chirurgie (R0, R1, R2 ou Rx)

Histologie :
Code ADICAP (lésion): ____|____|____

Date de chirurgie : ____/____/____ Geste chirurgical effectué :

Classification pTNM : pT ____ pN ____ pM ____ R ____ Grade :

QUESTION POSEE LORS DE LA RCP

TRAITEMENT PROPOSE LORS DE LA RCP

Nature de la proposition (remplir si un traitement est proposé) :

- Proposition correspondant à la recommandation/référentiel
 Traitement hors référentiel
 Patient incluable dans un essai clinique

Nom du référentiel :

Nom de l'essai :

Type de la proposition

- Nécessité d'examen complémentaires
 Mise en traitement
 Décision reportée
 Surveillance

- Abstention thérapeutique
 Recours à la RCP régionale
 Consultation d'onco-génétique
 Consultation onco-gériatrique complète (en sus du G8)

Si indication de chirurgie, indiquez le type de chirurgie :
Adéquation du plateau technique de l'établissement : oui non

Enregistrement simple

Selon la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, tous les dossiers des patients atteints de cancer doivent être enregistrés par le secrétariat de la RCP. Les dossiers qui répondent à une procédure standard de prise en charge, ayant fait l'objet d'un accord pluridisciplinaire traduit par un référentiel validé ; peuvent ne pas faire l'objet d'une discussion initiale en RCP ; ces dossiers sont enregistrés.

Date et signature du médecin qui présente le dossier :

OU

Discussion et validation du dossier en RCP

Date et signature du médecin qui présente le dossier en RCP ou du coordonnateur de RCP pour validation de la fiche.