1. **LE PATIENT -** *administratif*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** : |  | | | | | **Prénom** : |  | Sexe : |  | |
| **Date naissance :** | |  | | | | DN : |  | | | | | |
| Ville, île de résidence : | | |  | | | Tél. : |  | | | | | |
| **Médecin Prescripteur du cas** : | | | | |  | Mail : |  | | | | |
| Tél. *pour être joint si besoin pendant la RCP :* | | | | | | Médecin présentant le cas : | | | |
| **Médecin Traitant** : | | | |  | | Mail : |  | | | | |
| Autres correspondants : | | |  | | | | | | | |

1. **CONTEXTE DE LA RCP**

|  |  |
| --- | --- |
| **Motif de la RCP**   * Enregistrement / attentes de résultats * Prise en charge initiale * Rechute * Avis diagnostic, radiologique * Décision de traitement * Ajustement thérapeutique * Surveillance après traitement * Recours, 2eme avis * Autre | **Circonstances de découverte**   * Manifestation clinique * Découverte fortuite * Dépistage organisé * Dépistage individuel |

Consultation d’annonce faite : 🞏 Oui 🞏 Non

Le patient peut être contacté : : 🞏 Oui 🞏 Non

Commentaires :

1. **DONNEES CLINIQUES**

**Comorbidités / antécédents Mode de vie** *(lieu de vie, travail, autonomie)*

|  |
| --- |
| EXPOSITION NUCLEAIRE |
| **Patient ancien travailleur de Moruroa ou exposé :** : 🞏 Oui 🞏 Non  **Accord du patient pour transmission de ses coordonnées au centre médical de suivi**  : : 🞏 Oui 🞏 Non |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Statut OMS**   * 0 * 1 * 2 * 3 * 4 | **Poids** | **Taille** |

**Histoire de la maladie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Examens complémentaires**   * Scanner * IRM * Tep Scanner FDG * Tep scanner PSMA * Echographie * autres | **Codes d’accès** |

1. **INFO CLINIQUES**

**Traitements antérieurs par Iode-131 : dates des traitements :**

**Traitement en cours :**

**Contraception :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chirurgie de la tumeur thyroïdienne :** | | **Type de chirurgie** |
| * Non * 1 temps * 2 temps * Autres | **dates**  1er temps :  2ème temps :  Autres : | * Thyroïdectomie totale * Loboisthmectomie thyroïdienne gauche * Loboisthmectomie thyroïdienne droite |

1. **LA TUMEUR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de foyer**   * Unique * Multiple | **Indiquer le nombre :** | **Taille de la (des) tumeur(s) :** |
| **Type histologique :**   * Classique * Défavorable * Autre | **Si classique :**   * Papillaire forme classique * Papillaire variante folliculaire * Papillaire à cellules oncocytaires * Vésicule (folliculaire) * NIFTP (non invasive follicular thyroid neoplasm) | **Si défavorable :**   * Papillaire à cellules en clous de tapissier * Vésiculaire à cellules oxyphiles (ou oncytaires ou cellules de Hürthle) * Papillaire à cellules hautes * Papillaire à cellules cylindriques * Carcinome peu/pas différencié |
| **Curage ganglionnaire :**   * Oui * Non | **Nombre de ganglions prélevés :** | **Secteur du curage :**   * Central N1a * Autres N1b |
| **Nombre de Métastases GG :**   * Aucune * ≤ 5 N1 * > 5 N1 | **Secteur central :**   * VI Droit * VI Gauche * VI Bilatéral * VII Médiastinal Supérieur | **Autres secteurs :**   * Droit * Gauche * Bilatéral   Commentaires : |
| **Taille de la plus grosse métastase ganglionnaire :** | | **Métastases extra-ganglionnaires :** |
| **Embols vasculaires**   * Aucun * Moins de 4 * Au moins 4 * Non précisé | **Extension extra thyroïdienne :**   * Aucune * Minime microscopique (a) * Macroscopique (b) |  |
| **Mutations :**   * BRAF * TERT * Aucune * Non recherchées | **TNM :** | **Risque de récidive :**   * Faible * Intermédiaire * Élevé |

1. **QUESTIONS POSEES A LA RCP / PROPOSITION THERAPEUTIQUE :**

|  |  |
| --- | --- |
| Relecture radiologique requise : 🞏 Oui 🞏 Non | Demande de TEP FSG  : 🞏 Oui 🞏 Non |
|  | Evasan autre  : 🞏 Oui 🞏 Non |
|  | DATE ENVISAGEE : (délai visa NZ 3s ; passeport 4s) |

1. **AVIS DE LA RCP :**