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 :**