**Médecins présents à la RCP :**

**LE PATIENT – administratif**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | Prénom :  |  | Sexe : |  |
| Date naissance : |  | DN : |  |
| Ville et Lieu de résidence : |  | Tél. : |  |
| Médecin Référent : |  | Mail : |  |
| Médecin Traitant : |  | Mail : |  |
| Autres correspondants : |  |

**CONTEXTE DE LA RCP**

**Motif de la RCP :** *(Choix unique)*

[ ] Avis diagnostic [ ]  Prise en charge initiale [ ]  Ajustement thérapeutique

[ ]  Décision de traitement [ ]  Surveillance après traitement [ ]  Enregistrement

**Commentaires :**

**-**

**-**

**Consultation d’annonce effectuée** : Oui [ ]    Non [ ]

**Informations cliniques (TNM) et paracliniques**

**Circonstances de découverte (du cancer primitif)**

[ ]  Dépistage [ ]  En cours de surveillance [ ]  Inconnue

[ ]  Manifestation clinique [ ]  Découverte fortuite

**Comorbidités/ATCD :**

**-**

**-**

**Patient ancien travailleur de Moruroa ou exposé aux retombées nucléaires :** Oui [ ]    Non [ ]

**Accord du patient pour la transmission de ses coordonnées au Centre Médical de Suivi (CMS) (Nom, Prénom, Date de naissance et n° de téléphone) :** Oui [ ]    Non [ ]

**Rechute :** [ ]  OUI [ ]  NON

**Performance status** : [ ]  0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4

**Tabagisme :** [ ]  OUI [ ]  NON **Si oui, nombre de PA** :
**Taille :** **Poids :**

**Perte de poids :**

**Créatininémie :** **LDH :** **Albuminémie :**

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**SIEGE DE LA TUMEUR PRIMITIVE**

Organe :

[ ]  Poumon [ ]  Médiastin

[ ]  Poumon droit [ ]  Thymus

[ ]  Poumon gauche [ ]  Plèvre

[ ]  LSD [ ]  Paroi

[ ]  LM

[ ]  LID [ ]  Non connu

[ ]  LSG [ ]  Autre :

[ ]  LIG

**EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES**

*(Joindre à la demande le CR anatomopathologique, le CRO)*

**Prélèvement**

Type histologique :

 [ ]  Adénocarcinome [ ]  Carcinome thymique

 [ ]  Carcinome épidermoïde [ ]  Sarcome

 [ ]  Carcinome lépidique [ ]  Tumeur desmoïde

 [ ]  Carcinome indifférencié à grandes cellules [ ]  Tumeur myofibroblastique inflammatoire

 [ ]  Carcinome neuroendocrine à grandes cellules [ ]  Tumeur bénigne

 [ ]  Carcinome anaplasique à petites cellules [ ]  Mésothéliom

 [ ]  Carcinome typique [ ]  Mésothéliom épithélioïde

 [ ]  Carcinome atypique [ ]  Mésothéliom bihasique

 [ ]  Carcinome sarcomatoïde [ ]  Autre

 [ ]  Thymome

**Date du prélèvement :**

**Type de prélèvement :**

[ ]  Biopsie bronchique [ ]  Biopsie pleurale

[ ]  Biopsie transthoracique [ ]  Cytologie pleurale

[ ]  Résection chirurgicale [ ]  Biopsie extrapulmonaire

[ ]  EBUS [ ]  Autre

**Altérations moléculaires :**

[ ]  Non recherchées [ ]  Présente

[ ]  En cours [ ]  Absente

[ ]  Non réalisables

**EGFR : ROS1 : ALK-ELM4 :**

**BRAF : PDL1 : K-RAS :**

**Classification TNM**

**TNM :**

**Statut mutationnel :**

**Métastases :**

[ ]  Poumon [ ]  Surrénale

[ ]  Encéphale [ ]  Foie

[ ]  Os [ ]  Cutanée

[ ]  Plèvre

**VEMS :** **DLCO :** **VO2 max :**

**Examens complémentaires :**

**Scanner** : Date : Code pour accès à distance :

**IRM** : Date : Code pour accès à distance :

**Question posée pour la RCP**

-

-

Relecture des images nécessaire : [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, merci d’envoyer votre dossier d’inscription 24 à 48h avant la RCP

Demande d’Evasan : [ ]  OUI [ ]  NON
Si oui, préciser date : ………………………………………….

Dossier complet [ ]  OUI [ ]  NON (si non commentaires / pièces manquantes)

***Compte(s) rendu(s) des RCP précédentes :***

**Avis / proposition thérapeutique de la RCP**

Cas discuté [ ]  OUI [ ]  NON

**Description de la proposition, conduite à tenir et rationnel :**