

DOSSIER RCP SEIN RHONE-ALPES

Cette fiche RCP doit obligatoirement être accompagnée de tous les CRO et CRA du patient

LISTE MEDECINS PRESENTS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : Prénom :
Sexe : F H Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

IDENTIFICATION DU MEDECIN DEMANDANT L'AVIS

Nom : Prénom :

MOTIFS DE PRESENTATION DU DOSSIER EN RCP

Phase initiale Rechute Phase métastatique Autres :

PATIENT(E) DE PLUS DE 70 ANS

Score G8 : Evaluation gériatrique : Oui Non autre :

DONNEES CLINIQUES

Antécédents familiaux de cancer : Oui Non Si oui, précisez :

Antécédents personnels de cancer : Oui Non Si oui, précisez :

Traitements déjà reçus :

Chimiothérapie Si oui, précisez :

Radiothérapie Si oui, précisez :

Hormonothérapie Si oui, précisez :

Ménopause : Oui Non Péri ménopause

Circonstance de découverte :

Dépistage organisé Dépistage individuel Manifestation clinique Ne sait pas

Siège de la tumeur : Sein droit Sein gauche Bilatérale

Quadrant : Sup. Ext. Sup. Int. Inf. Ext.

Inf. Int. Centrale Tout le sein Plurifocale

Classification TNM :

Performance Status (Capacité de vie OMS) : 0 1 2 3 4

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

Chirurgie première : Oui Non Si oui, Date de la chirurgie : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Chirurgie secondaire : Oui Non Chimiothérapie néo adjuvante : Oui Non

Geste effectué :

- Traitement conservateur mastectomie Sentinelle Sentinelle + curage Curage d'emblée
 Reconstruction immédiate **Type de reconstruction immédiate :**
 Oncoplastie Clippage du lit opératoire

Type de tumeur :

- Carcinome Canalaire Infiltrant Carcinome Lobulaire Infiltrant Carcinome mixte Tumeur canalaire in situ
 Autre histologie à préciser :

Taille de la tumeur (histologique): |_|_|_| en mm

Statut ganglionnaire: pN0i- pN0 i+ pN1mi pN1

Nombre de ganglions prélevés : |_|_| Nombre de ganglions envahis : |_|_|

Marges de résection in sano : Oui Non

SBR modifié : SBR1 SBR2 SBR3 Non applicable

Index mitotique : uPA/PA11 : |_|_| ng/mg **Embols :** Oui Non

RE positif : Oui Non

RP positif : Oui Non

HER 2 surexprimé (+++ en IHC ou FISH positif) : Oui Non

Bilan d'extension réalisé : Oui Non **Si oui :** métastase : Oui Non **Localisation :**

Classification pTNM :

PARTIE A COMPLETER PENDANT LA RCP

QUESTION POSEE ET (OU) PROPOSITION THERAPEUTIQUE

.....
.....
.....
.....
.....

CONCLUSIONS DE LA REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLAIRE

Proposition validée : Oui Non
Décision conforme au référentiel : Oui Non
Inclusion dans un essai thérapeutique : Oui Non

.....
.....
.....