

ONCOAURA - Oncologie thoracique

Nouveau patient pour la RCP

Phase de la maladie : Choisissez un élément.

Si autre, préciser : [Zone de Texte]

Si Rechute : Choisissez un élément.

Si autre, préciser : [Zone de Texte]

Date de la rechute : [Zone de Texte]

Motif du passage en RCP : Enregistrement Avis de diagnostic Avis de prise en charge (dont surveillance et ajustement de traitement) Avis de recours

Question posée à la RCP

[Zone de Texte]

Diagnostic

| | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------|-----------------|
| Circonstances de découverte : | Choisissez un élément. | | |
| Topographie de la tumeur (CIM-10) : | Choisissez un élément parmi la CIM-10 | | |
| Morphologie de la tumeur (CIM-O) : | Choisissez un élément parmi la CIM-O | | |
| Latéralité : | Choisissez un élément. | Date du diagnostic initial : | [Zone de Texte] |
| Classification TNM : | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA | | |
| <i>Si oui :</i> | T : ___ | N : ___ | M : ___ |
| Classification pTNM : | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA | | |
| <i>Si oui :</i> | pT : ___ | pN : ___ | pM : ___ |
| Autre classification : | [Zone de Texte] | | |

Autre localisation (tumorale ou métastatique)

| | | | |
|----------------|-----------------|--------------|-----------------|
| Localisation : | [Zone de Texte] | Précisions : | [Zone de Texte] |
|----------------|-----------------|--------------|-----------------|

Histoire clinique

| | |
|---|--|
| VEMS : ___ % | DLCO/TLCO : ___ % |
| Facteurs de risque : | |
| <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Autre | |
| <i>Si Tabac :</i> | |
| Statut tabagique Choisissez un élément. | Nombre de paquets-années [Zone de Texte] |

Fiche Oncologie thoracique – Version 1 – Validée le 26/10/2022

Reproduction interdite (art. L122-6, 335-2 et 335-3 CPI). Copy right ONCO AURA 2022. TOUS DROITS RÉSERVÉS

| | |
|---|------------------------|
| Préciser <i>[Zone de Texte]</i> | |
| Antécédents médicaux et chirurgicaux : | |
| <i>[Zone de Texte]</i> | |
| Comorbidités : | |
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie <input type="checkbox"/> Néphropathie <input type="checkbox"/> Autres cancers <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Autre | |
| Si autre, préciser : | <i>[Zone de Texte]</i> |
| Prise en charge déjà réalisée : | |
| <i>[Zone de Texte]</i> | |
| Date de la dernière intervention chirurgicale : | <i>[Zone de Texte]</i> |
| Anatomie & cytologie pathologiques : | |
| <i>[Zone de Texte]</i> | |
| Biologie & génétique moléculaire : | |
| <i>[Zone de Texte]</i> | |
| Imagerie : | |
| <i>[Zone de Texte]</i> | |
| Autres données indispensables à l'avis : | |
| <i>[Zone de Texte]</i> | |

| Evaluation du statut fonctionnel | |
|----------------------------------|------------------------|
| Capacité de vie OMS : | Choisissez un élément. |

| Besoins spécifiques & freins éventuels à la prise en charge | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|------------------------|
| Préservation de la fertilité : | Choisissez un élément. | Consultation oncogénétique : | Choisissez un élément. |
| Dépistage de la fragilité gériatrique : | Date : | <i>[Zone de Texte]</i> | Score G8 : |
| | Evaluation gériatrique : | Choisissez un élément. | ➔ |
| Lien pour accéder à l'outil de calcul G8 | | | |
| Précisions/ autre : | | | |
| <i>[Zone de Texte]</i> | | | |

Avis de la RCP

| | |
|--|---|
| Proposition de la RCP : | |
| <i>[Zone de Texte]</i> | |
| Expertises / avis complémentaires conseillés : | <input type="checkbox"/> Compléter le dossier et planifier un nouveau passage en RCP <input type="checkbox"/> Inclusion dans un essai clinique <input type="checkbox"/> Consultation oncogénétique <input type="checkbox"/> PEC oncopsychologique <input type="checkbox"/> Passage en RCP de recours <input type="checkbox"/> Evaluation oncogériatrique <input type="checkbox"/> Orientation addictologie (tabac, alcool) <input type="checkbox"/> Consultation douleur <input type="checkbox"/> Autre |
| | <i>Si autre, préciser : [Zone de Texte]</i> |
| Prises en charge / traitements : | <input type="checkbox"/> Allogreffe / Autogreffe <input type="checkbox"/> Chimiothérapie conventionnelle <input type="checkbox"/> Chimiothérapie Néoadjuvante <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Curiethérapie <input type="checkbox"/> Endoscopie interventionnelle <input type="checkbox"/> Fenêtre thérapeutique <input type="checkbox"/> Hormonothérapie <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Irathérapie <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Soins de support <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Surveillance active <input type="checkbox"/> Surveillance seule <input type="checkbox"/> Thérapies ciblées <input type="checkbox"/> Autres traitements médicamenteux spécifiques <input type="checkbox"/> Autres(s) Traitements(s) |
| | <i>Si Autre(s) Traitement(s), préciser : [Zone de Texte]</i> |
| Conformité au référentiel de prise en charge : | Choisissez un élément. |
| <i>Si conforme, préciser nom, version et date du référentiel :</i> | <i>[Zone de Texte]</i> |