

## ONCO AURA – Tumeur de la Prostate

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 :  Oui  Non  NA

Si oui : T : \_\_\_ N : \_\_\_ M : \_\_\_

Classification pTNM :  Oui  Non  NA

Si oui : pT : \_\_\_ pN : \_\_\_ pM : \_\_\_

Autre classification :

[Zone de Texte]

### Autre localisation (tumorale ou métastatique)

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

### Histoire clinique

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

[Zone de Texte]

Comorbidités :

Cardiopathie  Néphropathie  Autres cancers  AVC  Dénutrition

Insuffisance respiratoire  Diabète  Autre

Si autre, préciser :	[Zone de Texte]		
Prise en charge déjà réalisée :			
[Zone de Texte]			
Date de la dernière intervention chirurgicale :	[Zone de Texte]		
Anatomie & cytologie pathologiques :			
[Zone de Texte]			
Biologie & génétique moléculaire :			
Volume prostatique (mL) :	[Zone de Texte]	IRM prostate	Choisissez un élément.
Nb de biopsies ciblées : [Zone de Texte]			
Nb de cadrans positifs : [Zone de Texte]		Nb de cadrans réalisés : [Zone de Texte]	
Histologie Choisissez un élément.		Geste Choisissez un élément.	
<b>Marqueurs tumoraux</b>			
PSA (ng/mL) : [Zone de Texte]			
TD PSA : [Zone de Texte]		Date de la PSA : [Zone de Texte]	
<b>Classification</b>			
Marges : [Zone de Texte]		Gleason 1 : [Zone de Texte]	
Gleason 2 : [Zone de Texte]		G total : [Zone de Texte]	
GROUPE D'AMICO : [Zone de Texte]			
Commentaires : [Zone de Texte]			
Imagerie :			
[Zone de Texte]			
Autres données indispensables à l'avis :			
[Zone de Texte]			

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.
	Date :	[Zone de Texte]	Score G8 : [Zone de Texte]

Dépistage de la fragilité gériatrique :	Evaluation gériatrique :	Choisissez un élément.	➔	<a href="#">Lien pour accéder à l'outil de calcul G8</a>
Précisions/ autre :				
[Zone de Texte]				

Avis de la RCP	
Proposition de la RCP :	
[Zone de Texte]	
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>	[Zone de Texte]