

## ONCOAURA – Tumeurs endocrines

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

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

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
	Si autre, préciser : [Zone de Texte]

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]