

ONCOAURA – Onco-Dermatologie

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 : [JJ/MM/AAAA]

Motif du passage en RCP : Enregistrement Avis diagnostique Avis de prise en charge
(surveillance, ajustement de traitement, proposition de traitement ou arrêt du traitement)

Avis de RCP de recours

Circonstances de découverte : Choisissez un élément.

Clinique	
Histologie :	Choisissez un élément.
Si Mélanome	
Indice de Breslow : <input type="radio"/> In situ <input type="radio"/> < 1 mm <input type="radio"/> 1 < x < 2 mm <input type="radio"/> 2 < x < 4 mm <input type="radio"/> > 4 mm <input type="radio"/> Inclassable	
Ulcération : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
Index mitotique (/mm ²) : <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 et + <input type="radio"/> NA	
Sous-type :	<input type="radio"/> Superficiel extensif <input type="radio"/> Nodulaire <input type="radio"/> Dubreuilh <input type="radio"/> Acro-lentigineux <input type="radio"/> Desmoplasie <input type="radio"/> Autre/Inclassable
Ganglion Sentinelle :	<input type="radio"/> Positif avec invasion capsulaire <input type="radio"/> Positif sans invasion capsulaire <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Non recherché
Mutation BRAF : <input type="radio"/> V600E <input type="radio"/> V600K <input type="radio"/> V600 non-E, non-K <input type="radio"/> Non-V600 <input type="radio"/> Absent	
NRAS : <input type="radio"/> Présent <input type="radio"/> Absent	cKIT : <input type="radio"/> Exon 11 <input type="radio"/> Exon 15 <input type="radio"/> Exon 17 <input type="radio"/> Absent
Statut HLA A0201 : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Si Carcinome basocellulaire	
Clinique :	Zone H : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
Histologique : <input type="radio"/> Trabéculaire <input type="radio"/> Sclérodermiforme <input type="radio"/> Micro-infiltrant	
Récidive : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	Taille de la tumeur : <input type="radio"/> < 20 mm <input type="radio"/> > 20 mm
Zone péri-orificielle : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	Envahissement péri nerveux : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
Statut immunitaire : <input type="radio"/> Immunocompétent <input type="radio"/> Immunodéprimé <input type="radio"/> NA	
Forme histologique à risque : <input type="radio"/> Trabéculaire <input type="radio"/> Sclérodermiforme <input type="radio"/> Autre	

Si Carcinome épidermoïde cutané	
Risque : <input type="radio"/> Bas <input type="radio"/> Haut <input type="radio"/> Très haut <input type="radio"/> NA	Récidive : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
Taille de la tumeur :	<input type="radio"/> <10 mm hors zone péri-orificielle <input type="radio"/> <10 mm en zone péri-orificielle <input type="radio"/> 10-20 mm hors zone péri-orificielle <input type="radio"/> 10-20 mm en zone péri-orificielle <input type="radio"/> >20 mm hors zone péri-orificielle <input type="radio"/> >20 mm en zone péri-orificielle
Envahissement péri nerveux : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	Différenciation : <input type="radio"/> Bon <input type="radio"/> Moyen ou indifférencié
Statut immunitaire : <input type="radio"/> Immunocompétent <input type="radio"/> Immunodéprimé <input type="radio"/> NA	
Forme histologique à risque : <input type="radio"/> Oui (desmoplastique, muco-épidermoïde, acantholytique) <input type="radio"/> Non	
Epaisseur tumorale : <input type="radio"/> < 3 mm <input type="radio"/> > 3 mm <input type="radio"/> Non précisé	
Si Carcinome neuro-endocrine	
Histologie : <input type="radio"/> Polyomavirus <input type="radio"/> Emboles lymphovasculaires <input type="radio"/> Autre	
Taille : <input type="radio"/> < 2 cm <input type="radio"/> 2 < x < 5 cm <input type="radio"/> > 5 cm <input type="radio"/> Non précisé	
Envahissements tissus sous cutanés : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
Ganglion Sentinelle :	<input type="radio"/> Positif avec invasion capsulaire <input type="radio"/> Positif sans invasion capsulaire <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Non recherché
Si Carcinome annexiel	
Type histologique :	<input type="radio"/> Adénocarcinomes sudoraux et apparentés <input type="radio"/> Carcinomes pileaires <input type="radio"/> Carcinomes sébacés <input type="radio"/> Carcinomes complexes <input type="radio"/> Autres
Récidive : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
Taille de la tumeur :	<input type="radio"/> <10 mm hors zone péri-orificielle <input type="radio"/> <10 mm en zone péri-orificielle <input type="radio"/> 10-20 mm hors zone péri-orificielle <input type="radio"/> 10-20 mm en zone péri-orificielle <input type="radio"/> >20 mm hors zone péri-orificielle <input type="radio"/> >20 mm en zone péri-orificielle
Statut immunitaire : <input type="radio"/> Immunocompétent <input type="radio"/> Immunodéprimé <input type="radio"/> NA	

Antécédents familiaux :	
<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>
Capacité de vie OMS :	Choisissez un élément.

Histoire de la maladie :	
[Zone de Texte]	
Prise en charge déjà réalisée :	
<i>Merci de préciser les dates, types et résultats des différentes prises en charge déjà réalisées</i> [Zone de Texte]	
Date de la dernière intervention chirurgicale :	[JJ/MM/AAAA]
Autres données indispensables à l'avis :	
[Zone de Texte]	

Description de la tumeur			
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 :	[JJ/MM/AAAA]
Imagerie :			
<i>Merci de préciser les dates, types et résultats des différentes imageries déjà réalisées</i> [Zone de Texte]			
Biopsie :			
[Zone de Texte]			
Classification cTNM :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA		
<i>Si oui :</i>	cT : ___	cN : ___	cM : ___
Anatomie & cytologie pathologiques :			
<i>Merci de préciser les dates et résultats d'anatomocytopathologie sur la pièce d'exérèse ou opératoire</i> [Zone de Texte]			
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]			
Autres données diagnostiques :			
[Zone de Texte]			

Autre localisation (tumorale ou métastatique)

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

Biologie et génétique moléculaire

[Zone de Texte]

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 :	[JJ/MM/AAAA]	Score G8 :	[Zone de Texte]
	Evaluation gériatrique :	Choisissez un élément.	➔	Lien pour accéder à l'outil de calcul G8
Précisions / autre :				

Question posée à la RCP

[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"/> Examens complémentaires <input type="checkbox"/> Passage en RCP de recours <input type="checkbox"/> Évaluation gériatrique <input type="checkbox"/> Consultation oncogénétique <input type="checkbox"/> Proposition d'inclusion dans un essai <input type="checkbox"/> Autre
	<i>Si autre, préciser : [Zone de Texte]</i>
Prises en charge / traitements :	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie néoadjuvante <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie conventionnelle <input type="checkbox"/> Hormonothérapie <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Thérapies ciblées <input type="checkbox"/> Autres traitements médicamenteux spécifiques <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Curiethérapie <input type="checkbox"/> Irathérapie <input type="checkbox"/> Endoscopie interventionnelle <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle <input type="checkbox"/> Surveillance active <input type="checkbox"/> Surveillance seule <input type="checkbox"/> Fenêtre thérapeutique <input type="checkbox"/> Soins de support <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Autres(s) traitements(s)

Prises en charge / traitements :	<i>Si Soins de support, préciser :</i> <input type="checkbox"/> PEC psycho-oncologique <input type="checkbox"/> PEC douleur <input type="checkbox"/> PEC nutritionnelle <input type="checkbox"/> PEC sociale <input type="checkbox"/> PEC préservation vie intime et sexualité <input type="checkbox"/> PEC APA <input type="checkbox"/> Orientation addictologie (tabac, alcool)
	<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]