

## ONCOAURA – Onco-hématologie

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.

Type de cancer : Choisissez un élément.

Clinique	
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	
<i>Si autre, préciser :</i>	<i>[Zone de Texte]</i>
Capacité de vie OMS :	Choisissez un élément.
Histoire de la maladie :	
<i>[Zone de Texte]</i>	

<b>Description de la tumeur</b>	
Topographie de la tumeur (CIM-10) :	<i>Choisissez un élément parmi la CIM-10</i>
Date du diagnostic initial :	<i>[JJ/MM/AAAA]</i>
<b>Imagerie :</b>	
<i>Merci de préciser les dates, types et résultats des différentes imageries déjà réalisées</i> <i>[Zone de Texte]</i>	
<b>Si Myélome</b>	
Myélogramme et mutations :	<i>[Zone de Texte]</i>
PIC et EPS :	<i>[Zone de Texte]</i>
Autres données diagnostiques :	<i>[Zone de Texte]</i>
<b>Si Syndrome Myéloprolifératif Chronique</b>	
Biopsie de la moëlle osseuse (BOM) :	<i>[Zone de Texte]</i>
Anatomie & cytologie pathologiques :	<i>Merci de préciser les dates et résultats d'anatomocytopathologie</i> <i>[Zone de Texte]</i>
Biologie et génétique moléculaire :	<i>[Zone de Texte]</i>
Biologie :	<i>[Zone de Texte]</i>
Score :	<i>[Zone de Texte]</i>
<b>Si Lymphome et LLC</b>	
Biopsie :	<i>[Zone de Texte]</i>
Anatomie & cytologie pathologiques :	<i>Merci de préciser les dates et résultats d'anatomocytopathologie</i> <i>[Zone de Texte]</i>
Biologie et génétique moléculaire :	<i>[Zone de Texte]</i>
Biologie :	<i>[Zone de Texte]</i>
Stade Ann Arbor/Binet :	<i>[Zone de Texte]</i>
<b>Si LAM et syndrome myélodysplasique</b>	
Myélogramme :	<i>[Zone de Texte]</i>
Biologie et génétique moléculaire :	<i>[Zone de Texte]</i>
Biologie :	<i>[Zone de Texte]</i>
Score pronostic :	<i>[Zone de Texte]</i>
<b>Si Autre cancer</b>	
Biopsie :	<i>[Zone de Texte]</i>

Anatomie & cytologie pathologiques :	<i>Merci de préciser les dates et résultats d'anatomocytopathologie</i> [Zone de Texte]
Biologie et génétique moléculaire :	[Zone de Texte]
Biologie :	[Zone de Texte]

<b>Prise en charge déjà réalisée et autres données indispensables à l'avis</b>
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]
Autres données indispensables à l'avis :
[Zone de Texte]

<b>Besoins spécifiques &amp; freins éventuels à la prise en charge</b>			
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 :			
[Zone de Texte]			

<b>Question posée à la RCP</b>
[Zone de Texte]

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"/> 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"/> Allogreffe / Autogreffe <input type="checkbox"/> Chimiothérapie conventionnelle <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Thérapies ciblées <input type="checkbox"/> Autres traitements médicamenteux spécifiques <input type="checkbox"/> Radiothérapie <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) traitement(s)
<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>	<i>[Zone de Texte]</i>