

ONCOAURA – Onco-sein

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	
Statut ménopausique : [Zone de Texte]	Contraception : [Zone de Texte]
Antécédents familiaux :	
[Zone de Texte]	
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]
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 (dont date de dernière chimiothérapie), 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 :			
Merci de préciser les dates, types et résultats des différentes imageries déjà réalisées [Zone de Texte]			
Biopsie :			
[Zone de Texte]			
Classification cTNM :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA		
Si oui :	cT : ____	cN : ____	cM : ____
Anatomie & cytologie pathologiques :			
HER 2 : <input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Faible			
RE : <input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif		RP : <input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif	
Merci de préciser les dates et résultats d'anatomocytopathologie sur la pièce d'exérèse ou opératoire [Zone de Texte]			
Classification pTNM :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA		
Si oui :	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 :

- Compléter le dossier et planifier un nouveau passage en RCP
- Examens complémentaires
- Passage en RCP de recours
- Évaluation gériatrique
- Consultation oncogénétique
- Proposition d'inclusion dans un essai
- Autre

Si autre, préciser : [Zone de Texte]

Prises en charge / traitements :

- Chimiothérapie néoadjuvante Chirurgie
- Chimiothérapie conventionnelle Hormonothérapie
- Immunothérapie Thérapies ciblées
- Autres traitements médicamenteux spécifiques
- Radiothérapie Curiothérapie Irathérapie
- Endoscopie interventionnelle
- Radiologie interventionnelle
- Surveillance active Surveillance seule
- Fenêtre thérapeutique
- Soins de support Soins palliatifs
- Autres(s) traitement(s)

Si Soins de support, préciser :

- PEC psycho-oncologique PEC douleur
- PEC nutritionnelle PEC sociale
- PEC préservation vie intime et sexualité PEC APA
- Orientation addictologie (tabac, alcool)

*Si Autre(s) traitement(s), préciser : [Zone de Texte]*Conformité au référentiel de prise en
charge :

Choisissez un élément.

*Si conforme, préciser nom, version et
date du référentiel :**[Zone de Texte]*