

ONCOAURA – Onco-Urologie

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

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 :			
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
<i>[Zone de Texte]</i>

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"/> 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) 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>