

ONCOAURA - Oncologie thoracique

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 | |
|---|--|
| VEMS (mL) : ____ | VEMS (%) : __ |
| VO ₂ max : ____ | DLCO (%) : __ |
| Facteurs de risque : | |
| <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Exposition professionnelle <input type="checkbox"/> Autre | |
| <i>Si Tabac :</i> | Statut tabagique : Choisissez un élément. |
| | Nombre de paquets-années : [Zone de Texte] |
| Préciser : [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 | |
| <i>Si autre, préciser :</i> | [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, 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 : |
| <i>[Zone de Texte]</i> |

| Description de la tumeur | | | |
|--|--|------------------------------|---------------------|
| Topographie de la tumeur (CIM-10) : | <i>Choisissez un élément parmi la CIM-10</i> | | |
| Morphologie de la tumeur (CIM-O) : | <i>Choisissez un élément parmi la CIM-O</i> | | |
| Latéralité : | Choisissez un élément. | Date du diagnostic initial : | <i>[JJ/MM/AAAA]</i> |
| Imagerie : | | | |
| <i>Merci de préciser les dates, types et résultats des différentes imageries déjà réalisées</i> | | | |
| <i>[Zone de Texte]</i> | | | |
| Biopsie : | | | |
| <i>[Zone de Texte]</i> | | | |
| 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> | | | |
| <i>[Zone de Texte]</i> | | | |
| Classification pTNM : | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA | | |
| <i>Si oui :</i> | pT : ____ | pN : ____ | pM : ____ |
| Autre classification : | | | |
| <i>[Zone de Texte]</i> | | | |
| Autres données diagnostiques : | | | |
| <i>[Zone de Texte]</i> | | | |

Autre localisation (tumorale ou métastatique)

| | | | |
|----------------|------------------------|--------------|------------------------|
| Localisation : | <i>[Zone de Texte]</i> | Précisions : | <i>[Zone de Texte]</i> |
|----------------|------------------------|--------------|------------------------|

| Biologie et génétique moléculaire |
|-----------------------------------|
| <i>[Zone de Texte]</i> |

| 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 |
| | Si autre, préciser : [Zone de Texte] |
| 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) |
| | Si Soins de support, préciser : <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) |

| | |
|--|--|
| Prises en charge / traitements : | <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> |