

ONCO AURA – Tumeur de la Prostate

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 :	
[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 :	
[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	
Si oui :		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	
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	
Volume prostatique (mL) : [Zone de Texte]	IRM prostate : Choisissez un élément.
Nb de biopsies ciblées : [Zone de Texte]	
Nb de cadrans positifs : [Zone de Texte]	Nb de cadrans réalisés : [Zone de Texte]
Histologie : Choisissez un élément.	Geste : Choisissez un élément.
Marqueurs tumoraux	
PSA (ng/mL) : [Zone de Texte]	
TD PSA : [Zone de Texte]	Date du PSA : [Zone de Texte]
Classification	
Marges : [Zone de Texte]	Gleason 1 : [Zone de Texte]
Gleason 2 : [Zone de Texte]	G total : [Zone de Texte]

Groupe ISUP : <i>[Zone de Texte]</i>	GRUPE D'AMICO : <i>[Zone de Texte]</i>
Précisions :	<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 :	<i>[JJ/MM/AAAA]</i>	Score G8 :	<i>[Zone de Texte]</i>
	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) 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]