

Informations générales sur le patient

Nom :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
Né(e) le : _ _ / _ _ / _ _ _ _	N° de dossier : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Code Postal et ville de résidence : _ _ _ _ _ 	Médecin référent :	
Date de première consultation au centre pour la tumeur : _ _ / _ _ / _ _ _ _		
Motif de la première consultation au centre :	<input type="checkbox"/> Tumeur initiale non traitée	<input type="checkbox"/> Tumeur initiale déjà traitée
	<input type="checkbox"/> Récidive locale	<input type="checkbox"/> Récidive métastatique
Traitement(s) antérieurs réalisé(s) :	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Chirurgie
	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Radiothérapie
	<input type="checkbox"/> Perfusion de membres isolés	<input type="checkbox"/> Curiethérapie

Antécédents et historique de la maladie

Antécédents :	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Cancer antérieur	<input type="checkbox"/> Tumeur sur tissus irradiés	<input type="checkbox"/> Tumeur sur lymphoedème
	<input type="checkbox"/> Recklinghausen	<input type="checkbox"/> Autre (en clair) :		
Symptômes/Circonstances de la découverte :	<input type="checkbox"/> Tumeur	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Impotence fonctionnelle	
	<input type="checkbox"/> Traumatisme	<input type="checkbox"/> Autre (en clair) :		
Délai 1 ^{er} symptôme- diagnostic : _ _ _ Mois				

Description de la tumeur primitive

Siège :	<input type="text"/>	Code CIM10 : C _ _ _ _					
Latéralité :	<input type="checkbox"/> Non applicable	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Médian	<input type="checkbox"/> Bilatéral	<input type="checkbox"/> NP	
Bilan avant geste diagnostique :	<input type="checkbox"/> RX simple	<input type="checkbox"/> Echographie	<input type="checkbox"/> Scanner	<input type="checkbox"/> Tep scan	<input type="checkbox"/> IRM	<input type="checkbox"/> NP	<input type="checkbox"/> Aucun
Profondeur :	<input type="checkbox"/> Superficiel	<input type="checkbox"/> Profond	Taille : _ _ cm				
Envahissement loco-régional :	<input type="checkbox"/> Dermique	<input type="checkbox"/> Hypodermique	<input type="checkbox"/> Vasculo-nerveux	<input type="checkbox"/> Osseux	<input type="checkbox"/> Muscle		
	<input type="checkbox"/> Organe de voisinage						
Atteinte ganglionnaire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Métastase(s)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Siège de la métastase :	<input type="checkbox"/> Pulmonaire	<input type="checkbox"/> Osseux	<input type="checkbox"/> Hépatique	<input type="checkbox"/> Cérébrale	<input type="checkbox"/> Lymphatique	<input type="checkbox"/> Médullaire	<input type="checkbox"/> Pleurale
	<input type="checkbox"/> Péritonéale	<input type="checkbox"/> Cutané	<input type="checkbox"/> Autre (en clair) :				

Anatomie pathologique de la tumeur primitive

Date du prélèvement : _ _ / _ _ / _ _ _ _					
Type de geste diagnostique :	<input type="checkbox"/> Microbiopsie	<input type="checkbox"/> Biopsie chirurgicale	<input type="checkbox"/> Exérèse		
Biopsie antérieure :	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Microbiopsie	<input type="checkbox"/> Biopsie chirurgicale		
Diagnostic retenu (en clair) :	<input type="text"/>				
Grade histologique :	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
Code CIMO :	_ _ _ _ _ _ _	Code ADICAP :	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
Relecture au centre :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Prélèvement adressé à une tumeurthèque		
Limites histologiques saines :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Marginales	<input type="checkbox"/> NP	<input type="checkbox"/> NA
Si limites marginales, préciser la distance (en mm) : _ _ _					
Résultat chirurgie :	<input type="checkbox"/> R0	<input type="checkbox"/> R1	<input type="checkbox"/> R2	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> NP

REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE SARCOMES

Concertation numéro : RCP sur site Visioconférence : établissement présentant le dossier:.....

Cas discuté en RCP Date de la RCP : / /

Médecins présents

Médecin ayant présenté le dossier :

Motif de présentation en RCP :

Avis diagnostic Décision de traitement Suivi de traitement Surveillance Autre (en clair) :

Etat clinique au moment de la RCP

Tumeur primitive Tumeur primitive avec métastase d'emblée Poursuite évolutive Récidive locale Récidive métastatique

Statut thérapeutique de la maladie : En cours de traitement initial Déjà traité Non traité antérieurement

Traitement(s) antérieurs réalisé(s) : Chirurgie Reprise exérèse Résultat chirurgical final : R0 R1 R2

Chimiothérapie : Néoadjuvante Adjuvante Palliative

Radiothérapie externe Curiethérapie Perfusion de membre isolé Autres (en clair) :

Résumé d'observation(s) en clair :

Etat général et bilan d'extension au moment de la RCP

Capacité de vie OMS :

Co-morbidités : Oui Non Type :

Atteinte ganglionnaire : Oui Non Métastase(s) Oui Non

Siège de la métastase : Pulmonaire Osseux Hépatique Cérébrale Lymphatique Médullaire Pleurale

Péritonéale Cutané Autre (en clair) :

Examens revus en RCP : RX simple Echographie Scanner Tep scan IRM Autres :

Diagnostic anatomopathologique revu en RCP : non oui :

Résultat chirurgical revu en RCP : non oui : R0 R1 R2

Conclusions de la réunion de concertation pluridisciplinaire :

Mise en traitement Surveillance Décision reportée Abstention thérapeutique

Nécessité d'examens complémentaires à visée diagnostique ou thérapeutique :

Application du référentiel : Oui Non :Raison : Age Co-morbidités Refus Pas de thésaurus Autre :

Essai thérapeutique: non oui Nom de l'essai :

Etude randomisée Etude non randomisée

Plan de traitement proposé en RCP	N° dans la séquence thérapeutique :	Délai /r RCP :
<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Reprise exérèse	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie : <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Radio-chimiothérapie-simultanée	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Curiethérapie	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Perfusion de membre isolé	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autre traitement médicamenteux spécifiques	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle : <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs de support __
<input type="checkbox"/> Autre traitement :	<input type="text"/>

Lieu du traitement : Centre Hors Centre :

Nouvelle concertation multidisciplinaire programmée : oui non Recours à une RCP régionale

Description de la proposition / commentaires, en clair :