

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom(s) .....

Sexe : 1 - masculin 2 - féminin

Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Lieu de naissance : ..... insee | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Adresse complète de la résidence habituelle :

n° ..... type de voie : .....

.....

CP : ..... Ville : ..... insee | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

**CONSULTATION DOSSIER**

Code Origine .....

Nom du Médecin .....

Notification .....

Numéro dossier service .....

Organe concerné .....

**ANTECEDENTS PERSONNELS DE CANCERS 1 - oui 2 - non**

**TUMEUR**

Date de diagnostic : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ (date incidence)      Date de prélèvement anapath : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_      Date d'enregistrement : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

**Mode de découverte de la maladie :** .....

.....

**Méthodes de diagnostic :**

- Clinique et biologie : .....
- .....
- Paraclinique :

Date	Examen	Résultat

- Cytologie / Histologie :

Date	Examen	Résultat

Topographie (localisation de la tumeur primitive)..... Latéralité : .....

Morphologie (type histologique).....

Grade OMS : | \_ | Taille de la tumeur : | \_ | \_ | \_ | mm Grade SBR | \_ | Grade de Fuhrman | \_ | Niveau de Clark | \_ | Indice de Breslow | \_ | \_ | \_ | , | \_ | mm

**Extension de la maladie / Métastases** : (scinti osseuse, écho abdo, radio thoracique, TDM.....).....

.....

.....

### TRAITEMENTS

Date du premier traitement : / /

- |                                                |                                               |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun traitement..... | <input type="checkbox"/> Curiethérapie.....   |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie.....        | <input type="checkbox"/> Hormonothérapie..... |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie.....    | <input type="checkbox"/> Immunothérapie.....  |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie.....   | <input type="checkbox"/> Symptomatique.....   |
| <input type="checkbox"/> Autre.....            | <input type="checkbox"/> Inconnu.....         |

### SUIVI

Médecin traitant : .....

Médecin spécialiste : .....

Source d'information de la prise en charge du patient : .....

Date des dernières nouvelles : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Etat aux dernières nouvelles : 0 - vivant 1 - décédé

Si décès, cause : 1 - tumeur primitive 2 - complication iatrogène 3 - second cancer 4 - accident 5 - autre, à préciser : .....

Source d'information de l'état du patient aux dernières nouvelles : .....

- |                         |                                      |                                      |                                       |
|-------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 - RNIPP               | 3 - certificat de décès (CépiDc)     | 5 - lettre ou déclaration du médecin | 7 - autre (ex CPAM), à préciser ..... |
| 2 - mairie de naissance | 4 - dossier médical ou administratif | 6 - mairie de résidence              | 9 - inconnu                           |