



N° Tumeur : _____

N° Patient : _____

Remarques : _____

Motif exclusion : _____

Etude inclusion : _____

Codeur : _____

Version du 09/02/2017

IDENTITE

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

NJF : _____

Naissance Date : ____ / ____ / ____ Lieu : _____

Adresse _____ Lieu : _____

Facteur(s) de risque _____ (antécédents, pathologie, alcool, tabac, amiante...)

Commentaire _____

TUMEUR

Circ : ____ Var. obligatoires tumeur : ____ (1-complètes, 2-incomplètes) Stade : ____ (1-ok, 2-chir Ø, 3-bil. ext. Ø, 4-chir + bil. ext. Ø)

Date diagnostic : ____ / ____ / ____ Qualité date : ____ (1-Jour ≈, 2-Mois ≈, 3-Année ≈)

Mode découverte : ____ (1-dépistage SAI, 2-dépistage Adema, 3-symptômes, 4-fortuite, 5-autopsie, 8-autre, 9-inconnu)

Topo : _____

Morpho : _____ / _____

Latéralité : ____ (1-droit, 2-gauche, 3-bilatéral, 8-sans objet, 9-inconnu) Grade : ____ (1-bien diff., 2-moy diff., 3-peu diff...)

Multifocal : oui non inconnu Taille tumeur (plus gd axe en mm) chirurgie : _____ clinique : _____

Moyens de diagnostic

- | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Histologie | <input type="checkbox"/> Cytologie | <input type="checkbox"/> Bioch./Immuno./MT | <input type="checkbox"/> Hématologie | <input type="checkbox"/> Autre imagerie |
| <input type="checkbox"/> Scanner | <input type="checkbox"/> Echographie | <input type="checkbox"/> Radio./Mammo. | <input type="checkbox"/> Endoscopie | <input type="checkbox"/> Echo-endoscopie |
| <input type="checkbox"/> IRM | <input type="checkbox"/> TEP/Scintig. | <input type="checkbox"/> Chir. exploratrice | <input type="checkbox"/> Clinique | <input type="checkbox"/> Autopsie |

Base de diagnostic : ____

(1-clinique, 2-paraclinique, 4-bioch/immuno/marqueur, 5-cytologie, 6-histologie sur méta, 7-histologie sur primitif, 9-inconnu)

Détails de la chirurgie

G Prélevés : ____ G Envahis : ____ (99 si pas d'info, 88 si nb inconnu) G Sentinelle : ____ (1-fait+, 2-fait-, 3-non fait, 9-inconnu)

Rupture Capsulaire : oui non inconnu (uniquement si ganglions envahis)

Reliquat post-chirurgical : ____

(0-pas de tumeur/méta résiduelle, 1-tumeur résiduelle micro, 2-tumeur résiduelle macro ou méta non résécable, 8-pas de chir. 9-inconnu)

cT : ____ cN : ____ uT : ____ uN : ____ pT : ____ pN : ____ yT : ____ yN : ____ M : ____ Version : ____

Degré C : ____ Bilan d'extension : _____

SPECIFICITES

Sein SBR : ____ RO : ____ RP : ____ Her2/Cerb2 (seuil +2) : ____ (RO/RP/Her2 : 1-positif, 2-négatif, 9-inconnu)

Mélanome Clark : ____ (8-non trouvé, 9-inconnu) Breslow (mm) : ____ (8888,8-non trouvé, 9999,9-inconnu)

Ulcération : ____ Régression : ____ (Ulc/Reg : 1-oui, 2-non, 8-non trouvé, 9-inconnu) Nombre de mitose (/mm²): ____

Prostate Taux PSA (ng/ml) : ____ (9999,9-inconnu, 8888,8-non dosé) Gleason : ____ Colorectal Dukes : ____

Utérus FIGO : ___ Rein Fuhrman : ___

Hémopathie Caryotype : ___ (1-normal, 2-anormal, 3-pas de pousse, 4-non fait, 5-fait résultat inconnu, 9-inconnu)

Phénotype : ___ (1-fait, 2-non fait, 9-inconnu) Stade : ___ (A, B, C, I, II, III, IV, 8-sans objet, 9-inconnu)

Bio Mol : ___ (1-fait, 2-non fait, 9-inconnu) si fait, Anomalie : _____ (Bcr-abl, Jak2, PML-RARa, AML1-ETO, MLL, CBFb, Reg Ig/TCR)

Traitement(s) antérieur(s) de cancer, ou greffe : _____

Prélèvement(s) anatomopathologique(s) / Analyse(s) (1-biopsie, 2-exérèse/PO/résection endo./curage, 3-ganglion (méta/hémato), 4-cytologie/myélogramme, 5-autopsie, 8-autre (biochimie/immunologie/marqueurs...), 9-inconnu)

1- Labo _____ N° _____ Type _____ 2- Labo _____ N° _____ Type _____

3- Labo _____ N° _____ Type _____ 4- Labo _____ N° _____ Type _____

SUIVI

Date des dernières nouvelles : ___ / ___ / ___ Lieu : _____

Etat vital : ___ (0-en vie, 1-dcd du cancer, 2-dcd d'un des cancers, 3-dcd d'une autre cause, 9-dcd d'une cause inconnue)

Type source : ___ (0-fichier DC, 1-RNIPP, 2-mairie nais, 3-certif décès, 4-dossier méd, 5-lettre médecin, 6-mairie résid, 7-autre (CPAM), 9-inconnu)

Dépistage Date : ___ / ___ / ___ Type : ___ (1-sein, 2-colon, 3-col utérus) N°Adema : _____

Résultat : ___ (1-positif, 2-négatif, 9 -inconnu) Classement : ___ (1-KDO, 2-KI, 3-KDR)

Rechute loco-régionale Date : ___ / ___ / _____

Transformation oui non Date : ___ / ___ / ___ Topo : _____ Histo : _____ / _____

METASTASES

1- Date ___ / ___ / ___ Initiale oui non Topo _____ 2- Date ___ / ___ / ___ Initiale oui non Topo _____

3- Date ___ / ___ / ___ Initiale oui non Topo _____ 4- Date ___ / ___ / ___ Initiale oui non Topo _____

SOURCES

1- SN SVD SVI SP 2- SN SVD SVI SP 3- SN SVD SVI SP 4- SN SVD SVI SP

5- SN SVD SVI SP 6- SN SVD SVI SP 7- SN SVD SVI SP 8- SN SVD SVI SP

TRAITEMENTS

1- Date ___ / ___ / ___ Etab : _____ Type : _____

2- Date ___ / ___ / ___ Etab : _____ Type : _____

3- Date ___ / ___ / ___ Etab : _____ Type : _____

4- Date ___ / ___ / ___ Etab : _____ Type : _____

5- Date ___ / ___ / ___ Etab : _____ Type : _____

MEDECINS

Nom Prénom : _____ Lieu : _____ Fonction : _____

Nom Prénom : _____ Lieu : _____ Fonction : _____

Nom Prénom : _____ Lieu : _____ Fonction : _____

Nom Prénom : _____ Lieu : _____ Fonction : _____