

**FICHE DE PRE-SCREENING  
ESSAIS CLINIQUES  
Sud des Hauts de France**

Afin d'inclure un patient dans un essai clinique, veuillez compléter les informations ci-dessous et retourner la fiche par mail à l'ARC en charge de l'étude

**Etablissement demandeur :**

Médecin Demandeur  Service
----------------------------------

Modalités de réponse souhaitées :

Téléphone     oui     non    N°: \_\_\_\_\_

e-mail         oui     non    adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Etude spécifique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, code de l'étude : _____
<b>URGENT</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

**Données Administratives**

Nom .....Prénom ..... Sexe :  M     F

Date de naissance    ...../...../.....

Adresse :

.....  
.....

Téléphone(s) :

.....

## Histoire de la maladie

Type de tumeur : .....

Histologie : .....

Stade : ...../ Mutations : .....

Sites métastatiques : .....

Métastases cérébrales oui  non

si oui, stable depuis au moins 4 semaines sans corticoïdes : oui  non

Maladie mesurable? : oui  non  NA

**(NB : maladie mesurable si masse tumorale  $\geq$  10 mm de grand axe ou ganglion  $\geq$  15 mm de petit axe)**

Si nécessaire : patient biopsiable ? oui  non

si oui, quels sites seraient accessibles : .....

Traitements antérieurs :

Chirurgie

Procédure	Date	Commentaires

Chimiothérapie

Protocole	Situation *	Date de début	Date de fin	Motif d'arrêt

\* (1) Néo-adjuvant ; (2) adjuvant ; (3) Localement avancé ou Métastatique

Autres (Radiothérapie, Immunothérapie, Greffe ....)

Protocole	Situation *	Date de début	Date de fin	Motif d'arrêt

\* (1) Néoadjuvant ; (2) adjuvant ; (3) Localement avancé ou Métastatique

Nom et date de la dernière prise de traitement : .....

### Examen Clinique et Pathologies Concomitantes

Examen Clinique :

.....  
.....

ECOG Statut : .....

Traitements concomitants en cours :

.....  
.....

Prise de corticoïdes : oui  non

si oui : Nom et dose :

.....

### ATCDs notables

HTA non contrôlée       Insuffisance cardiaque       Infarctus du myocarde

Troubles du rythme cardiaque       Thrombose veineuse ou embolie pulmonaire

Autres pathologies sévères associées/concomitantes, si autres, merci de préciser :

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

**IMPORTANT :**

**Avez-vous abordé avec le patient les principes généraux des essais cliniques ?**

**oui**  **non**

**En tant que médecin référent, vous vous engagez à reprendre en charge votre patient dès la fin de l'étude pour laquelle vous nous l'avez adressé ? :**

**oui**  **non**

Veillez joindre à cette fiche :

- Lettre de synthèse récente ou fiche RCP
- Compte-rendu(s) de chirurgie si applicable
- Compte-rendu(s) anatomopathologique
- Compte-rendu des mutations moléculaires si applicable
- Les comptes-rendus des dernières imageries
- Un bilan biologique datant de **moins de 15 jours** (hématologie, ionogramme sanguin, bilan hépatique, créatininémie)

**A réception du dossier complet, l'ARC en charge de l'étude vous communiquera la date de rendez-vous prévue dans un délai de 24 à 48h.**

<i>Cadre réservé au Service</i>	
<i>Etude</i>	
<i>ARC en charge</i>	
<i>Médecin référent</i>	
<i>Dossier Complet</i>	<input type="checkbox"/> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i>
<i>Patient Incluible</i>	<input type="checkbox"/> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i>
<i>Date de Rendez-vous</i>	<input type="checkbox"/> <i>NA</i>
<i>Date de réponse au médecin</i>	
<i>Patient prévenu</i>	<input type="checkbox"/> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> <i>NA</i>