

**COMITE DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE  
CANCEROLOGIE CUTANEE OU LYMPHOME CUTANE  
SERVICE DE DERMATOLOGIE  
Professeur Guillaume CHABY  
CHU AMIENS**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ OMS\* : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ (AGE)  
 Adresse:  
 Médecin traitant :  
 Autres médecins correspondants :  
 RCP à la demande de :

Date de la réunion : \_\_\_\_\_ Date de la 1<sup>ère</sup> RCP : \_\_\_\_\_  
 Patient présent (O/N) : \_\_\_\_\_  
 Membres du comité (ayant participé à la prise de décision) :

**Question posée à la RCP \***  
 Décision thérapeutique (O/N) : \_\_\_\_\_  
 Validation de prise en charge (O/N) : \_\_\_\_\_  
 A préciser obligatoirement :

**Mélanome**  
 Classification AJCC 2009 : \_\_\_\_\_  
 Classification TNM : \_\_\_\_\_  
 Circonstances de découverte :

Siège :	Date de l'exérèse initiale :
Type histologique :	Date de la reprise :
Epaisseur Breslow :	Marges d'exérèse :
Niveau de Clark :	Reliquat tumoral (O/N) :
Ulcération (O/N) :	CR histologique dans dossier (O/N) :
Nombre de mitoses :	Particularités histologiques éventuelles :
Marqueurs spécifiques éventuels (BRAF..) :	

**Si récidive :**  
 Localisation(s) : \_\_\_\_\_  
 Histologie : \_\_\_\_\_

**Mélanome**  
 Classification AJCC 2009 : \_\_\_\_\_  
 Classification TNM : \_\_\_\_\_  
 Circonstances de découverte :

Siège :	Date de l'exérèse :
Type histologique :	Date de la reprise :
Epaisseur Breslow :	Marges d'exérèse :
Niveau de Clark :	Reliquat tumoral (O/N) :
Ulcération (O/N) :	CR histologie dans dossier (O/N) :
Nombre de mitoses :	Particularités histologiques éventuelles :
Marqueurs spécifiques éventuels :	

**Si récidive :**  
 Localisation : \_\_\_\_\_  
 Commentaires : \_\_\_\_\_

**Autre Tumeur**  
 Type histologique : \_\_\_\_\_  
 Classification TNMB : \_\_\_\_\_

**Circonstances de découverte :**

<b>Siège :</b>	<b>Particularités histologiques éventuelles :</b>
<b>Date de l'exérèse initiale :</b>	
<b>Date de la reprise :</b>	

**Si récidive :****Localisation(s) :****Histologie :****Résumé / Eventuelles constatations cliniques / Comorbidités\*****Bilan paraclinique récent****Conclusion****(Décisions thérapeutiques, Modalités de suivi, Bilan paraclinique à prévoir)****Décision conforme aux référentiels (O/N) :****PPS remis (O/N) :****RCP recours (O/N) :**

\*Données obligatoires

Chef de service  
Professeur CHABY GuillaumeMédecin  
DocteurInterne  
M