

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : _____ Sexe : Féminin Masculin
Prénom : _____ **Date de naissance :** _____
 Commune de naissance : _____ CP : _____
 Pays de naissance : _____ Consentement recueilli : Oui Non

IDENTIFICATION RCP

Date de la RCP : _____ **Type de RCP :** _____
Médecin référent : _____ **Médecin(s) traitant(s) :** _____

CONTEXTE DE LA RCP

Motif de la RCP (un seul) : **Latéralité :**
 Avis diagnostic Droite
 Décision de traitement Gauche
 Ajustement thérapeutique Droite et gauche
 Surveillance après traitement Médian
 Non Applicable

Localisation Primitive : _____

DONNEES CLINIQUES

Comorbidités (4 maximum)

Aucune Hormonale
 Autre Infectieuse
 Cardiovasculaire Neurologique
 Dermatologique Pneumologique
 Digestive Psychiatrique
 Grossesse Trouble métabolique
 Gynécologique Urologique
 Hématologique VIH
 Autre comorbidités : _____

Circonstances de découverte :

Dépistage organisé
 Dépistage individuel
 Manifestation clinique
 En cours de surveillance
 Ne sait pas

Date de début de la maladie : ___ / ___ / ____
 si jour inconnu : 15 ; si mois inconnu : 06

Capacité de vie :

0 : Activité normale avec ou sans signes mineurs
 1 : Activité normale avec effort, signes ou symptômes
 2 : Incapacité de travailler ou de mener une vie normale
 3 : Nécessité d'aide imp. et d'une assistance médicale
 4 : Incapacité sévère, grabataire, phase terminale

Rechute :

PHASE INITIALE
 RECHUTE

Poids : (kg)
 Taille : (cm)

STATUT THERAPEUTIQUE

Statut thérapeutique de la phase en cours :

Non traitée avant
 En cours de traitement initial
 Déjà traitée

Date de premier traitement de la phase en cours : ___ / ___ / ____
 si jour inconnu : 15 ; si mois inconnu : 06

Traitements antérieurs réalisés (toutes les phases de la maladie, par ordre chronologique, 4 maximum)

<input type="checkbox"/> Aucun	_____	<input type="checkbox"/> Hormonothérapie	_____	<input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle	_____
<input type="checkbox"/> Chirurgie	_____	<input type="checkbox"/> Radio chimiothérapie	_____	<input type="checkbox"/> Endoscopie interventionnelle	_____
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	_____	<input type="checkbox"/> Curiethérapie	_____	<input type="checkbox"/> Soins de support	_____
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	_____	<input type="checkbox"/> Immunothérapie	_____	<input type="checkbox"/> Autre traitement	_____

Commentaires sur les traitements réalisés : _____

