



Informations générales sur le patient

Consentement : OUI NON

NOM D'USAGE :

PRENOM :

Ville de naissance :

Adresse :

Ville de résidence :

Précédent passage en RCP : OUI NON

Représentant du patient :

N° de dossier (Centre d'origine) :

Commentaires :

Identifiant patient INSC visible :

NOM DE NAISSANCE :

Date de naissance : [] [] / [] [] / [] [] [] [] Age :

Sexe : HOMME FEMME

Code Postal : [] [] [] Téléphone :

Profession :

Liste des participants et présents à la RCP

- *Titre, nom, prénom, profession, spécialité*

Contexte de la RCP

RCP du [] [] / [] [] / [] [] [] []

Cas discuté en RCP : OUI NON

FINES : [] [] [] [] [] [] [] []

Intitulé de la RCP :

Onco-pédiatrie Appareil musculo-squelettique Neuro-oncologie

Motif de la RCP :

Liste déroulante (Choix unique)

Démarche diagnostique Surveillance après traitement Recours (2^{ème} avis)

Proposition de traitement Ajustement thérapeutique Autre :

Commentaires :

Origine du patient : CHU Amiens CHU Lille CHU Rouen Col Autre :



Médecin responsable de la séance :

Médecin référent (demandeur):

Etablissement du médecin référent:

Médecin présentant le dossier (si différent du médecin référent du dossier) :

Médecin traitant : Pas de Médecin traitant connu

Informations cliniques (TNM) et paracliniques

Circonstances de découverte (du cancer primitif)

(Choix unique)

- Circonstance non connue
 Manifestation clinique :
 Découverte fortuite
 Surveillance NSP

Date du diagnostic : / /

Commentaires :

Etat général

Capacité de vie OMS : 0 1 2 3 4 NA Date de l'OMS : / /

- | | |
|---|---|
| 0 : <i>Activité extérieure normale sans restriction</i> | 3 : <i>Doit être alité plus de 50 % de la journée</i> |
| 1 : <i>Réduction des efforts physiques intenses</i> | 4 : <i>Incapacité totale, alitement fréquent ou constant</i> |
| 2 : <i>Doit parfois s'aliter mais moins de 50% de la journée</i> | |

Lansky : 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 NA

Date du Lansky : / /

100	Pleinement actif
90	Des restrictions mineures à l'activité physique intense
80	Actif mais se fatigue plus vite
70	Une plus grande restriction de jeu
60	Un jeu minimal
50	Traine une grande partie de la journée, ne peut pas jouer activement
40	Principalement dans le lit et participe à des activités tranquilles
30	Alité et a besoin d'aide même pour un jeu calme
20	Dort souvent et limité à des activités très passifs
10	Ne joue pas reste au lit



Poids actuel :

Poids attendu pour la taille :

Variation de poids en % : Taille (en cm) : IMC (taille/poids²) :

Critères de dénutrition de l'enfant:

Résultat P/T : (Poids actuel/poids attendu pour la taille) *100)

- Classification de Waterlow : Non (P/T en % > 90)
 (calcul auto selon P/T) Mineure (P/T en % 80 à 90)
 Modérée (P/T en % 70 à 80)
 Sévère (P/T en % < 70)

Evaluation Onco-gériatrique : OUI NON (Si oui, afficher) Date : |_| / |_| / | | | |

Antécédents

Antécédents personnels carcinologiques Antécédents familiaux carcinologiques

(selon coches, affiche les champs textes correspondant)

Antécédents personnels carcinologiques :

Antécédents familiaux carcinologiques :

Syndrome malformatif : OUI NON (si oui) Lequel :

Siège de la tumeur primitive

(Choix unique)

- | | | | |
|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cerveau sus-tentorial | <input type="checkbox"/> Cerveau fosse postérieure | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Pelvis |
| <input type="checkbox"/> Ovaire | <input type="checkbox"/> Cerveau tronc cérébral | <input type="checkbox"/> Membre supérieur | <input type="checkbox"/> Testicule |
| <input type="checkbox"/> Moelle épinière | <input type="checkbox"/> Membre inférieur | <input type="checkbox"/> Rétine | <input type="checkbox"/> Orbite |
| <input type="checkbox"/> Côte | <input type="checkbox"/> Peau | <input type="checkbox"/> ORL paraméningé | <input type="checkbox"/> Rachis |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> ORL non-paraméningé | <input type="checkbox"/> Bassin | <input type="checkbox"/> Rein |
| <input type="checkbox"/> Cou | <input type="checkbox"/> Foie | <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Surrénale |
| <input type="checkbox"/> Vessie | <input type="checkbox"/> Prostate | <input type="checkbox"/> Autre : | |

Date de diagnostic anapath (année) :

Statut tumoral au diagnostic :

- Localisé Locorégional Métastatique
 (si métastatique coché : localisation :
 Moelle Os Poumons Foie Cutanée SNC LCR)

Rechute : OUI NON (si oui) date : |_| / |_| / | | | |

- (si rechute) Mode de rechute : Locale Métastatique Combinée
 Localisation : Locale Ganglionnaire locorégionale Ganglionnaire métastatique
 Moelle Os Poumons
 Foie Cutanée SNC
 LCR Autre :

Statut à la rechute :



Informations para-cliniques :

.....

Statut thérapeutique de la maladie

(Choix multiple)

- Non traité antérieurement En cours de traitement déjà traité

Traitements antérieurs réalisés : *Onglet fermé par défaut*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | Date de fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| | Date de fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| | Date de fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Radio et chimio concomitantes | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| | Date de fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Radio et chimio séquentielles | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| | Date de fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Thérapeutique ciblée | Date de fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Intensification thérapeutique | Date de fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie | Date de fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Autre | Date de fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |

Traitements en cours : *Onglet fermé par défaut*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Radio et chimio concomitantes | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Radio et chimio séquentielles | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Thérapeutique ciblée | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Intensification thérapeutique | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Autre | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |



EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES

Reprise du nom du siège de la tumeur primitive (ou tumeur discutée)

Prélèvements OUI NON (si oui date obligatoire) NSP

Prélèvement

Nom du prélèvement :

Type de prélèvement : Biopsie chirurgicale Biopsie radioguidée Pièce opératoire

Type histologique : Néphroblastome Hépatoblastome Tumeur germinale maligne
 Rhabdomyosarcome Neuroblastome Sarcome des tissus mous
 Ostéosarcome Sarcome d'EWING Chondrosarcome
 Tumeurs cérébrales Tumeur Desmoïde Autre

Prélèvement adressé tumorothèque : OUI NON

Néphroblastome :

stade local : I II III
 Risque histologique : bas intermédiaire haut
 Présence de restes néphrogéniques : oui non
 Autre :

Hépatoblastome :

Pièce opératoire : hépatectomie complète hépatectomie partielle
 % de remaniements nécrotiques :

Envahissement ganglionnaire : oui non
 Stade post-opératoire : I II III
 Sous-type histologique : foetal embryonnaire anaplasique
 microtrabéculaire hépatocarcinome

Aspect foie sain :

Normalisation aAFP postopératoire : oui non
 Autre :

Tumeur germinale maligne :

Pièce opératoire :

Sous-type histologique : yolk sac tumor germinome choriocarcinome
 carcinome embryonnaire tératome immature
 tératome mature mixte

Normalisation des marqueurs : oui non NA

Rhabdomyosarcome :

Sous-type histologique : RMS embryonnaire RMS alvéolaire RMS polymorphe
 Autre :

Présence du transcrit FOXo1 : Oui non Non réalisé

Stade IRS: I II III



Neuroblastome:

- Type histologique : neuroblastome NOS neuroblastome indifférencié,
 neuroblastome peu différencié neuroblastome différenciant
 Ganglioneuroblastome NOS Ganglioneuroblastome intermixte
 Ganglioneuroblastome nodulaire
 Ganglioneuroblastome indifférencié,
 Ganglioneuroblastome peu différencié
 Ganglioneuroblastome différenciant
 Ganglioneurome Autre :
- INPC : favorable défavorable NA
- Type génomique : numérique segmentaire NA
- Statut NMyC : NMyC amplifié NMyC non amplifié Non réalisé
 NMyC non réalisé Autre :
- Statut de Alk : mutation non muté amplification non amplifié non connu

Sarcome des tissus mous :

- Type histologique :
- IRS : I Iia Iib Iic IIIa IIIb

Ostéosarcome :

- Type histologique : ostéoblastique chondroblastique fibroblastique
 télangiectasique périosté paraostéal de surface
 paraostéal de haut grade paraostéal à petites cellules
- Réponse histologique à la chimiothérapie néo-adjuvante : BR MR

Sarcome d'EWING :

- Réponse histologique à la chimiothérapie néo-adjuvante : BR MR
- Transcrit : EWSR4 autre Transcrit BCOR CIC-DUX4

Tumeurs cérébrales :

- Diagnostic anatomopathologique :
- Astrocytome pilocytique
 - Gliome des voies optiques
 - Gangliogliome
 - Xanthoastrocytome pléiomorphe
 - Gliome de bas grade sans précision
 - Gliome de haut grade
 - Tumeur glioneuronale maligne
 - ATRT
 - Médulloblastome
 - PNET :
 - Ependymome
 - Tumeur des plexus choroïdes
 - Tumeur Germinale Maligne
 - Autre :



Grade :

Biologie moléculaire :

Exérèse : Macroscopiquement complète Subtotale

Autre :

Si pièce opératoire :

Résidu tumoral après chirurgie :

- 0 : Absence de lésion tumorale sur limites d'exérèse
 1 : Limites d'exérèse tumorale à l'examen microscopique
 2 : Résidu tumoral macroscopique

Commentaires :

Proposition de prise en charge

Résumé clinique/pré-thérapeutique (synthèse/commentaire) :

Dossier complet OUI NON (si non commentaires)

Commentaires :

Nature de la proposition :

- Recours à une RCP régionale ou nationale**
- Nécessité d'examens complémentaires** (si oui préciser autant de fois que nécessaire)
- Type d'examen (texte libre)
 - Date souhaitée
 - Date au + tard
- Surveillance (si oui description en texte libre)**
- Proposition de traitement**
- Décision reportée**
- A représenter en RCP**
- Arrêt des traitements**



Type de proposition :

- Application d'un référentiel**
- Application d'un référentiel international
 - Application d'un référentiel national
 - Référentiel ANOCEF Tumeurs gliales du SNC, 2012
 - Référentiel ANOCEF Métastases cérébrales, 2012
 - Recommandations ANOCEF pour l'administration des thérapies systémiques en neuro-oncologie adulte, 2015
 - Autre :
 - Application d'un référentiel régional
 - Référentiel de présentation d'un dossier patient en RCP de Neuro-oncologie, Onco NPDC, 2015
 - Autre :
 - Traitement hors AMM application d'un référentiel régional
- Traitement hors référentiel**
- Proposition d'inclusion dans cohorte SACHA

Essai clinique : OUI NON Date : .../.../... si oui préciser lequel

.....

Description de la proposition thérapeutique :

.....

Plan de traitement par ordre chronologique : *onglet ouvert par défaut mais qui peut se refermer (items obligatoires)*

Type de traitement (choix multiple)	Type de traitement détaillé	Date de début envisagée	Commentaires	Structure/Professionnel
<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Thérapies ciblées <input type="checkbox"/> Intensification thérapeutique <input type="checkbox"/> Radiothérapie métabolique <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Autres traitements médicamenteux spécifiques <input type="checkbox"/> Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie stéréotaxique <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Autre :				



Préservation de la fertilité

Méthode de préservation de la fertilité proposée :

OUI NON réalisée Sans objet

Méthode envisageable et timing :

Liste déroulante (Choix unique)

- Cryoconservation du sperme
- Congélation de pulpe testiculaire
- Vitrification ovocytaire
- Cryoconservation ovarienne
- Cryoconservation testiculaire

Acceptée OUI NON