

Date de la séance : ____ / ____ / ____

Patient :

ID :

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Sexe : F M U

Date de naissance : _____

Contexte de la RCP

*Consentement recueilli : Oui Non La patient doit avoir été informé de son passage en RCP par son équipe médicale.

Etablissement du patient : _____

***Motif de la RCP :** Avis diagnostique Proposition thérapeutique Demande d'avis de recours

NGS CONSTITUTIONNEL

- Aplasie médullaire
- SMD < 50 ans
- ATCD familiaux d'hémopathies myéloïdes
- Suspicion de mutation constitutionnelle VAF > 40%

NGS DIAGNOSTIQUE/THERANOSTIQUE/PRONOSTIQUE

- SMP triple négatif ou JAK 2 + VAF < 2 %
- LAM en rechute / réfractaire
- SMD de haut risque en rechute / réfractaire
- SMD de faible risque < 70 ans avec génotype défavorable pour discussion allogreffe
- LAL T en rechute / réfractaire

AUTRE MOTIF

- LAM en rechute / réfractaire éligibles à un traitement intensif
- Cas cliniques avec résultats moléculaires inattendus ou impacte thérapeutique
- Rechute moléculaire

*Statut du cas présenté : Discuté Enregistré

*Mode de découverte du cancer : Dépistage organisé Dépistage individuel
 Manifestation clinique En cours de surveillance

Phase clinique de la maladie

Phase clinique de la maladie : Phase initiale Rechute

Date de diagnostic initiale : ____ / ____ / _____

Si rechute : Date de diagnostic de la rechute : ____ / ____ / _____

Commentaire :

Hémopathie au diagnostic

*Type (CIM10) : _____

*Date du diagnostic initial : ____ / ____ / _____

Préciser :

Cytologie/Anapath :

Cytogénétique

NGS

Immunophénotypage

Autre

Clinique au diagnostic

Poids (kg) : _____

Taille (cm) : _____

Antécédents / comorbidités pertinents pour l'avis :

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autre cancer | <input type="checkbox"/> Cardiovasculaire | <input type="checkbox"/> Dermatologique | <input type="checkbox"/> Digestive | <input type="checkbox"/> Gynécologique |
| <input type="checkbox"/> Hormonal | <input type="checkbox"/> Pneumologique | <input type="checkbox"/> Infectieuse | <input type="checkbox"/> Neurologique | <input type="checkbox"/> Psychiatrique |
| <input type="checkbox"/> Urologique | <input type="checkbox"/> Hématologique | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Trouble métabolique | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | | | |

- Echelle de performance OMS :
- 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 importante et d'une assistance médicale
 - 4-Incapacité sévère grabataire phase terminale

Date de l'observation OMS : ____ / ____ / _____

Traitements antérieurs déjà réalisés ou en cours :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie | <input type="checkbox"/> Hormonothérapie |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | <input type="checkbox"/> Curiethérapie |
| <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle | <input type="checkbox"/> Endoscopie interventionnelle |
| <input type="checkbox"/> Soins de support | <input type="checkbox"/> Irathérapie |
| <input type="checkbox"/> Autre traitement : | |

Statut du traitement : Déjà réalisé En cours de réalisation Non réalisé

Commentaire :

Synthèse du cas présenté et question posée à la RCP et autres données indispensables à l'avis de la RCP

Hémopathie à la rechute

*Type (CIM10) : _____

*Date du diagnostic de la rechute : ____ / ____ / _____

Préciser :

Cytologie/Anapath :

Cytogénétique

NGS

Immunophénotypage

Autre

Clinique à la rechute

Poids (kg) : _____

Taille (cm) : _____

Echelle de performance OMS : 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 importante et d'une assistance médicale
 4-Incapacité sévère grabataire phase terminale

Date de l'observation OMS : ____ / ____ / _____

Synthèse du cas présenté et question posée à la RCP et autres données indispensables à l'avis de la RCP

Proposition thérapeutique

*Dossier complet : Oui Non

Commentaires / Précisions :

*Passage en RCP de recours : Oui Non

*Examen(s) et/ou expertise(s) complémentaire(s) : Oui Non

Autre type d'examen ou expertise :

*Proposition thérapeutique : Oui (mise en traitement) Non

*Type de proposition thérapeutique : Thérapeutique de 1ère intention alternative Thérapeutique

N° Traitement :

[___]
[___]
[___]
[___]
[___]
[___]
[___]
[___]
[___]
[___]

Proposition thérapeutique :

Chimiothérapie
Chirurgie
Curiethérapie
Endoscopie interventionnelle
Hormonothérapie
Immunothérapie
Irathérapie
Radiologie interventionnelle
Autre(s) traitement(s) :

[___]
[___]
[___]
[___]
[___]
[___]
[___]

Radiothérapie
Soins de support
Soins palliatifs
Surveillance seule
Thérapies ciblées
Radio-Chimiothérapie
Radio-Hormonothérapie

Orientation vers une consultation de préservation de la fertilité avant traitement (si applicable) : Oui Non

Orientation vers une consultation d'Oncogénétique : Oui Non

Orientation vers une consultation d'Oncogériatrie : Oui Non

Commentaire et ou description de la proposition thérapeutique :

*Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique : Oui Non

Proposition d'inclusion dans un essai clinique : Oui Non

Si Intitulé / Ref. Essai clinique connu : _____

Proposition d'analyse constitutionnelle et conseil génétique :