**Date RCP : **

**NOM DU MEDECIN REFERENT :**

 ****

**HOPITAL/CLINIQUE ou adresse personnelle :**

****

**NOM PATIENT (en entier) :**

 ****

**NOM DE NAISSANCE PATIENT :**

****

**PRENOM PATIENT :**

****

**Date de naissance (obligatoire):**

 ****

**Sexe :**

****

**Adresse patient (obligatoire):**

****

**Histoire de la maladie :**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Date de début de la maladie : **

**Topographie initiale :**









Si Thyroïdien :











Si Autres : 

**Classification TNM :**

 **pT :  N :  M : **

**Si N1a ou N1b**:

 **Nombre de ganglions atteints** : ****

 **Taille du plus gros ganglion :** ****

 **Rupture capsulaire :**

** **

**Mutation somatique :**

   Autres : 

**Mutation génétique :**

**** Autres : 

**Histoire actuelle :**



**Réfractaire :**

****

**Si rechute locale ou métastases :**

 **T :  N :  M : **

 **Si participation essai clinique lequel :**

****

***Questions posées :***

Cliquez ici pour taper du texte.