**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.