 Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Tumeurs Endocrines HUS

Responsable de la RCP : Pr GOICHOT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le patient est informé de son passage en RCP  | OUI | NON |
| Le patient a été informé de l’enregistrement de ses données anonymisées dans la base du GTE et n’a pas formulé d’opposition | OUI | NON |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de RCP :** | **Motif de RCP** : | **Date RCP :** |
| T ENDOCRINES | Avis diagnostique  |  | Décision TTT |  | Surveillance |  | Modif TTT./autre |  |  |
| Type de tumeur | Phéo/paragangliome | Cortico-surrénalome malin | TE Digestive | Cancer médullaire thyroïde/NEM 2 | Carcinome Parathyroïdien | Autre : |
| Syndrome de prédisposition | OUI : | NON | INCONNU |
| Médecin présentant |  |
| **Médecin référent****(Obligatoire)**  |  |
| **Médecin traitant** |  |
| **Adresser Fiche à** |  |
|  |  |
| **Nom de famille** |  | **NIP :** |  |
| **Nom de jeune fille** |  | **Né(e) le :** |  |
| **Prénom** |  | **Service :** |  |
| **Adresse :** |  |
| **RCP antérieure(s) :** | **OUI** | **NON** |
|  |
| Comorbidités/antécédents |
|  |
|  |
| Histoire de la maladie |
|  |
| **OMS (0-4)** : |  | **Poids :** |  | **Taille**: |  |
| Statut endocrinien |
| Non sécrétanteSécrétante non symptomatiqueSyndromes sécrétoires : |
| Traitement spécifique : |  |  |  |
| **Si syndrome carcinoïde** | Atteinte cardiaque spécifique : |  | Evaluation cardiaque à faire |  | Discussion chirurgie cardiovasculaire |  |  |  |
|  |
| Diagnostic anatomopathologique-Stade-Grade-Date intervention/biopsie |
|  |
| Tumorothèque  |  |  |
|  |
| Génétique |
| Fait 🞏 Non fait 🞏 Non indiqué 🞏Laboratoire Consultation onco-génétique :Enquête familiale : faite 🞏 à faire 🞏 à discuter en COG 🞏 sans indication 🞏 |
|  |
| Discussion et proposition RCP- Lieu de traitement-Médecin responsable |
|  |
| Date de début du traitement |  | Date de fin du traitement |  |
| **Type traitement :** | Application référentiel |  | Hors référentiel |  | Essai clinique |  | Recours RCP régionale |  |

Liste des participants :

|  |
| --- |
| **LISTE DES PARTICIPANTS** |
| **NOM et Prénom** | **Spécialité** | **Service ou adresse** |
|  |  |  |