Lutécium (177Lu) oxodotréotide :

pour une Prescription Compassionnelle d’Utilisation (PCU)

**Date de la RCP Nationale ENDOCAN-RENATEN** :

**Identification du patient :**

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Centre demandant la PCU :

*Joindre également le formulaire de la RCP nationale habituelle*

**Cocher l’une des indications** retenues pour votre dossier en accord avec le libellé de la PCU :

|  |  |
| --- | --- |
| TNE pulmonaire (carcinoïde), métastatique ou localement avancée inopérable, progressive ou de forme sécrétante non contrôlée et exprimant les récepteurs de la somatostatine sur l’imagerie TEP des récepteurs de la somatostatine, en relation avec les résultats de la TEP au FDG et après échec ou contre-indication d’un traitement par évérolimus et sur proposition de la RCP nationale Renaten. |  |
| TNE thymique, métastatique ou localement avancée inopérable, progressive ou de forme sécrétante non contrôlée et exprimant les récepteurs de la somatostatine sur l’imagerie TEP des récepteurs de la somatostatine, en relation avec les résultats de la TEP au FDG et sur proposition de la RCP nationale Renaten. |  |
| Autre TNE y compris une TNE de primitif inconnu et TNE GEP G3, métastatique ou localement avancée, inopérable, progressive ou de forme sécrétante non contrôlée et exprimant les récepteurs de la somatostatine sur l’imagerie TEP des récepteurs de la somatostatine, en relation avec les résultats de la TEP au FDG et à la FDOPA et sur proposition de la RCP nationale Renaten. |  |

**Cocher la localisation du primitif** retenue pour la PCU :

|  |  |
| --- | --- |
| Broncho-pulmonaire |  |
| Thymique |  |
| Primitif inconnu |  |
| Autre TNE que GEP-NET ou thoracique laquelle: ….. |  |
| TNE GEP (gastro-entéro-pancréatique) G3 (les TNE-GEP G1-G2 étant dans l’AMM) |  |

**Cocher l’indication du traitement***(choix multiple possible):*

|  |  |
| --- | --- |
| Tumeur progressive selon les critères RECIST depuis la précédente ligne systémique |  |
| Forme sécrétante non contrôlée |  |
| Autre indication (expliquez) : |

**Indiquer les imageries fonctionnelles faites avec les résultats**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Type d’examen | Date du TEP | Fixation homogène/hétérogène des lésions cibles | Intensité de fixation (équivalent Krenning) | Commentaires : présence/absence de mismatch entre les TEP…) |
| Imagerie TEP des récepteurs de la somatostatine |  |  |  |  |
| TEP FDG |  |  |  |  |
| TEP FDOPA (indispensable pour les primitifs inconnus) |  |  |  |  |

**Traitements antérieurs**

|  |  |
| --- | --- |
| Le patient a-t-il déjà reçu de l’évérolimus : oui/non |  |
| Le patient a-t-il une contre-indication à l’évérolimus, si oui, laquelle |  |