

Fiche d'inclusion CaPLA (Digestif)

Fiche remplie le :/...../ 20.....



▶ Centre en charge de l'inclusion et du recueil du consentement

 CHU LIMOGES

 CHU BORDEAUX

 INSTITUT BERGONIE

Médecin en charge de l'inclusion :



▶ Identité du Patient

Nom Usuel:

Nom de naissance:

Prénoms :

 Sexe : Homme Femme Indéterminé

Date de naissance :/...../.....

Lieu de Naissance :

Adresse résidence :

.....


Code Postal : Ville :


Portable :

Téléphone :



▶ Médecins Correspondants

	Médecin traitant	Gastro-entérologue	Gynécologue	Radiologue
Nom				
Prénom				
CP +ville				
				

	Oncologue	Autre :	Autre :	Autre :
Nom				
Prénom				
CP +ville				
				

 Suivi : Interne

Et/Ou

 Externe

► Motif d'entrée

Gène avec mutation identifiée

- MLH1 MSH6 APC
 MSH2 PMS2 MUTYH
 Autre gène :

Patient à haut risque sans mutation identifiée

- Phénotype RER positif
 Antécédents personnels :

- Antécédents familiaux :

► Statut lors de l'inclusion

Patient

- Atteint d'un cancer
 Non atteint

► Antécédents Médicaux Carcinologiques

Cancer

Localisation du cancer :	Type histologique	Age au diagnostic
<input type="checkbox"/> Côlon rectum		
<input type="checkbox"/> Endomètre		
<input type="checkbox"/> Ovaires <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche		
<input type="checkbox"/> Voies urinaires		
<input type="checkbox"/> Estomac		
<input type="checkbox"/> Autre :		
<input type="checkbox"/> Autre :		
<input type="checkbox"/> Autre :		

Phénotype RER :	IHC	<input type="checkbox"/> Non Réalisée <input type="checkbox"/> Echec <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Perte :
	Recherche instabilité micro-satellitaire	<input type="checkbox"/> Non Réalisée <input type="checkbox"/> Echec <input type="checkbox"/> MSS <input type="checkbox"/> MSI
BRAF :		<input type="checkbox"/> Non Réalisé <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif
Hyperméthylation Somatique Promoteur du gène MLH1		<input type="checkbox"/> Non Réalisé <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif

Polypes ou polyposes

Non recherché Présence Absence

Age au diagnostic : |__|__| ans

Nombre < 10 entre 10 et 100 > 100

Histologie Adénome Hyperplasique Hamartome Festonné Mixte
 Autre (à préciser) :

.....

Phénotype RER :	IHC	<input type="checkbox"/> Non Réalisée <input type="checkbox"/> Echec <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Perte :
	Recherche instabilité micro-satellitaire	<input type="checkbox"/> Non Réalisée <input type="checkbox"/> Echec <input type="checkbox"/> MSS <input type="checkbox"/> MSI
BRAF :	<input type="checkbox"/> Non Réalisé <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	
Hyperméthylation Somatique Promoteur du gène MLH1	<input type="checkbox"/> Non Réalisé <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	

Traitements Chirurgicaux	Date	Précisions éventuelles
<input type="checkbox"/> Coloproctectomie/...../.....
<input type="checkbox"/> Colectomie totale/...../.....
<input type="checkbox"/> Colectomie segmentaire/...../.....
<input type="checkbox"/> Hystérectomie/...../.....
<input type="checkbox"/> Annexectomie <input type="checkbox"/> droite/...../.....
<input type="checkbox"/> gauche/...../.....
<input type="checkbox"/> Ovariectomie <input type="checkbox"/> droite/...../.....
<input type="checkbox"/> gauche/...../.....
<input type="checkbox"/> autre (à préciser)/...../.....
<input type="checkbox"/> autre (à préciser)/...../.....

Traitements préventifs associés médicaux et/ou chirurgicaux:

.....



► Dossier présenté en RCP Oncogénétique

- oui Si oui : RCP Bordeaux date/...../.....
 non RCP Limoges date/...../.....

Merci de joindre le compte-rendu de la RCP



► Programme de Surveillance Personnalisé (PSP) proposé

Examen recommandé	Date du dernier examen	Rythme	A partir de	Date prévue
<input type="checkbox"/> Coloscopie Avec chromo-endoscopie	__/__/__	<input type="checkbox"/> tous les mois <input type="checkbox"/> tous les ans <input type="checkbox"/> tous les 2 ans <input type="checkbox"/> tous les ans	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/__
<input type="checkbox"/> Coloscopie sans chromo-endoscopie	__/__/__	<input type="checkbox"/> tous les mois <input type="checkbox"/> tous les ans <input type="checkbox"/> tous les 2 ans <input type="checkbox"/> tous les ans	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/__
<input type="checkbox"/> Rectoscopie	__/__/__	<input type="checkbox"/> tous les mois <input type="checkbox"/> tous les ans <input type="checkbox"/> tous les 2 ans <input type="checkbox"/> tous les ans	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/__
<input type="checkbox"/> FOGD avec recherche d'Helicobacter Pylori et éradication si positif	__/__/__	<input type="checkbox"/> tous les mois <input type="checkbox"/> tous les ans <input type="checkbox"/> tous les 2 ans <input type="checkbox"/> tous les ans	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/__
<input type="checkbox"/> Duodénoscopie	__/__/__	<input type="checkbox"/> tous les mois <input type="checkbox"/> tous les ans <input type="checkbox"/> tous les 2 ans <input type="checkbox"/> tous les ans	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/__
<input type="checkbox"/> Examen clinique gynécologique	__/__/__	<input type="checkbox"/> tous les mois <input type="checkbox"/> tous les ans	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/__
<input type="checkbox"/> Echographie pelvienne endovaginale	__/__/__	<input type="checkbox"/> tous les mois <input type="checkbox"/> tous les ans	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/__
<input type="checkbox"/> Autre examen (à préciser)	__/__/__	<input type="checkbox"/> tous les mois <input type="checkbox"/> tous les ans <input type="checkbox"/> tous les 2 ans <input type="checkbox"/> tous les ans	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/__
<input type="checkbox"/> Autre examen (à préciser)	__/__/__	<input type="checkbox"/> tous les mois <input type="checkbox"/> tous les ans <input type="checkbox"/> tous les 2 ans <input type="checkbox"/> tous les ans	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/__
<input type="checkbox"/> Autre examen (à préciser)	__/__/__	<input type="checkbox"/> tous les mois <input type="checkbox"/> tous les ans <input type="checkbox"/> tous les 2 ans <input type="checkbox"/> tous les ans	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/__

	Chirurgie Prophylactique proposée	A partir de	Date prévue
<input type="checkbox"/>	Coloproctectomie	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/____
<input type="checkbox"/>	Colectomie totale	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/____
<input type="checkbox"/>	Colectomie segmentaire	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/____
<input type="checkbox"/>	Hystérectomie	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/____
<input type="checkbox"/>	Annexectomie <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/____
<input type="checkbox"/>	Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/____
<input type="checkbox"/>	Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/____

► Observations éventuelles

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....