

Fiche d'inclusion CaPLA (gynéco)

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	Gynécologue	Gastro-entérologue	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

BRCA1

PALB2

BRCA2

Autre gène :

Patient à haut risque sans mutation identifiée

Antécédents personnels :

.....

Antécédents familiaux :

.....

Risque épidémiologique (BODICEA, ...) :

.....

► **Statut lors de l'inclusion**

Patient

Atteint d'un cancer

Non atteint

► **Antécédents Médicaux Carcinologiques**

Localisation du cancer :	Type histologique	Autres caractéristiques (RH, HER2,...)	Age au diagnostic
<input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche			
<input type="checkbox"/> Trompes <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche			
<input type="checkbox"/> Ovaires <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche			
<input type="checkbox"/> Pancréas			
<input type="checkbox"/> Prostate			
<input type="checkbox"/> autre :			
<input type="checkbox"/> autre :			
<input type="checkbox"/> autre :			

Traitements Chirurgicaux	Date	Précisions éventuelles
<input type="checkbox"/> Mastectomie <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche/...../...../...../.....
<input type="checkbox"/> Tumorectomie <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche/...../...../...../.....
<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"/>	Palpation mammaire	__/__/__	<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 mammaire	__/__/__	<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"/>	Mammographie	__/__/__	<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"/>	IRM mammaire	__/__/__	<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"/>	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 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 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 ans	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/__

	Chirurgie Prophylactique proposée	A partir de	Date prévue
<input type="checkbox"/>	Mastectomie <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche	<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"/>	Fimbriectomie <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> l'âge de : ans	__/__/__
<input type="checkbox"/>	Ovariectomie <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

.....

.....

.....