

Fiche d'inclusion CaPLA (Digestif)

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

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

CHU LIMOGES
 CH BAYONNE
 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 :**
Téléphone : **Portable :**

▶ Identité représentant(s) légal(aux) ayant signé le consentement

Représentant 1 <i>(pour un mineur ou majeur sous tutelle à la personne)</i>	Représentant 2 <i>(pour un mineur)</i>
Nom Usuel :	Nom Usuel :
Prénoms :	Prénoms :
Adresse résidence :	Adresse résidence :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
Téléphone :	Téléphone :
Portable :	Portable :

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

Si oui :

- RCP Bordeaux date/...../.....
- 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
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	___/___/___
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	___/___/___
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	___/___/___
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	___/___/___
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	___/___/___
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	___/___/___
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	___/___/___
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	___/___/___
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	___/___/___
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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....