

## Fiche d'inclusion CaPLA (gynéco)

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



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

 CHU LIMOGES 

 CH BAYONNE 

 CHU BORDEAUX 

 POLYCLINIQUE BORDEAUX NORD AQUITAINE 

 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 légal 1

*(pour un mineur ou majeur sous tutelle à la personne)*

#### Représentant légal 2

*(pour un mineur)*

Nom Usuel : .....

Nom Usuel : .....

Prénoms : .....

Prénoms : .....

Adresse résidence : .....

Adresse résidence : .....

Code Postal : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Téléphone : .....

Portable : .....

Portable : .....

### ▶ 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

.....

.....

.....