



Réunion de Concertation Pluridisciplinaire - SEIN

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Nom d'épouse Nom de jeune fille
 Prénom
 Date de naissance []/[]/[] CP / Ville de résidence : []/[]/[]

RCP du []/[]/[]

 Dossier discuté en RCP

Médecin ayant présenté le dossier :

Motif de présentation en RCP

Avis diagnostique Suivi de traitement (ajustement thérapeutique)
 Décision de traitement Surveillance (après traitement) Autre

Antécédents

Antécédents familiaux (sein/ovaire) : Aucun < 3 ≥ 3 Non précisé
Antécédents personnels
 Régliée Péri- Ménopausée Ménopausée Non précisé THS Hystérectomie
 Carcinome mammaire : Droit Gauche Traitement Année []/[]/[]
 Autres carcinomes (Description) :

Lésion découverte

 SEIN DROIT SEIN GAUCHECirconstance de découverte : Manifestation clinique Dépistage individuel Dépistage organiséEtat général du patient Capacité de vie OMS 0 1 2 3 4

Co-morbidités :

Clinique

Rechute Oui NonMultifocalité Oui Non

Taille de la lésion 1 : [] mm

QSE QIE UQSup UQExt Mamelon / aréole Prolongement axillaire
 QSI QII UQInf UQInt Central Localisations contigües

 Autre :

Taille de la lésion 2 : [] mm

QSE QIE UQSup UQExt Mamelon / aréole Prolongement axillaire
 QSI QII UQInf UQInt Central Localisations contigües

 Autre :

cT [] N [] M [] localisation : CIM10 : C []/[]/[]

Histologie préopératoire

Date du prélèvement []/[]/[] Micro/macrobiopsie Exérèse partielle Non réalisée

Type Carcinome canalaire Infiltrant Micro-infiltrant
 Carcinome lobulaire In-situ Non contributif
 Autre :

CIMO []/[]/[]

Grade I II III bas intermédiaire haut NG

Récepteurs Oestrogènes [] % cellules Progestérone [] % cellules

Her2neu : Non fait Non évaluable[] % cellules positives Grille Herceptest : 0+ 1+ 2+ 3+ Her2neu amplifié en FISH oui non

Traitement néo-adjuvant

 Oui Non Date de début : []/[]/[] Essai thérapeutique : Hormonothérapie : Type Durée [] ans Chimiothérapie : Type Nombre de cures [] Radiothérapie : Localisation Dose [] grays

Chirurgie

 Oui Non Date de chirurgie []/[]/[] Reprise chirurgicale Tumorectomie Zonectomie Quadrantectomie Pyramidectomie Mastectomie Ablation mamelon Curage axillaire Ganglion sentinelle Reconstruction mammaire : immédiate secondaire



Anatomopathologie post-opératoire

Type Carcinome canalaire Infiltrant Micro-infiltrant **Multifocalité** Oui Non
 Carcinome lobulaire In-situ Non contributif

Autre type / complément : **CIMO** |_|_|_|_|/|_|

Grade I II III bas intermédiaire haut NG

Taille Lésion 1 |_|_| mm Lésion 2 |_|_| mm

Envahissement du mamelon Oui Non In situ Infiltrant

Berges d'exérèse sur pièce R0 R1 in-situ R1 infiltrant Non évaluable

Emboles vasculaires Oui Non

Récepteurs hormonaux (seuil de positivité : 10%) En cours Non évaluables Non fait

Récepteurs aux œstrogènes |_|_| % cellules Récepteurs à la progestérone |_|_| % cellules

Her2neu En cours Non évaluables Non fait

|_|_| % cellules positives Grille Herceptest 0+ 1+ 2+ 3+ Her2neu amplifié en FISH oui non

Anatomopathologie ganglions

Nombre de ganglions prélevés |_|_| Nombre de ganglions sentinelles prélevés |_|_|

Nombre de ganglions envahis |_|_| Nombre de ganglions sentinelles envahis |_|_|

Conclusion médicale

|_| pT |_|_| N |_|_| M |_|_|

Grade |_|_| Emboles |_|_| RE |_|_| RP |_|_| Her2neu |_|_|

Proposition de prise en charge

Mise en traitement Surveillance Décision reportée Consultation d'oncogénétique
 Nécessité d'examens complémentaires Abstention thérapeutique Recours à une RCP Régionale

Application du référentiel Traitement individualisé, justification

Essai clinique Randomisé Non randomisé Nom :

Type : Chirurgie Chimiothérapie Hormonothérapie Radiothérapie Biothérapie Autre

Chirurgie **Reprise chirurgicale** indiquez un numéro d'ordre |_|_|

Tumorectomie Zonectomie Quadrantectomie Pyramidectomie Mastectomie
 Ablation mamelon Curage axillaire Ganglion sentinelle Reconstruction mammaire : immédiate secondaire

Chimiothérapie indiquez un numéro d'ordre |_|_|

Date de rendez-vous |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Protocole Nombre de cures |_|_|

Nom de l'oncologue Lieu du traitement

Hormonothérapie indiquez un numéro d'ordre |_|_|

Tamoxifène Anti-aromatase Autre Durée |_|_| ans

Biothérapie indiquez un numéro d'ordre |_|_|

Herceptin Autre Durée |_|_| ans Lieu du traitement

Radiothérapie indiquez un numéro d'ordre |_|_|

Sein complément de dose CMI sus-clav. Paroi

Date de rendez-vous |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Dose |_|_| grays

Nom du radiothérapeute Centre de radiothérapie.....

Soin de support

Description soins de support :

Commentaires

Médecin référent

Médecins présents :



Note pour remplissage

Antécédents

Antécédents familiaux : indiquer le nombre de membres de la famille de la patiente qui ont eu un cancer du sein ou des ovaires

Découverte- état du patient

Circonstances de découverte : si la tumeur est découverte par dépistage mais sans précision sur le type individuel ou organisé, cocher dépistage individuel (par convention)

Capacité de vie OMS

0 : activité extérieure normale sans restriction

1 : réduction des efforts physiques intenses

2 : doit parfois s'aliter mais < 50 % de la journée

3 : doit être alitée > 50 % de la journée

4 : incapacité totale, alitement fréquent ou constant

Clinique

Classification **cT** : correspond à la taille clinique de la tumeur. Si seule la taille radiologique est disponible, noter cTX

Traitement néo-adjuvant

Date de début : noter la date de début du 1^{er} traitement néo-adjuvant s'il y en a eu plusieurs (simultanés ou non).

Anatomopathologie tumeur

Berges d'exérèse sur pièce :

R0 : Exérèse chirurgicale satisfaisante (berges non atteintes ou pas de cancer en cas de prélèvement en périphérie de la pièce opératoire)

R1 : Exérèse chirurgicale non satisfaisante (berges atteintes ou présence de carcinome en cas de prélèvement en périphérie de la pièce opératoire)

Proposition de prise en charge

Si des traitements simultanés sont proposés mettre le même numéro d'ordre à chacun de ces traitements.

Cette note de remplissage est à enrichir par les utilisateurs de cette fiche RCP Sein
Merci d'adresser vos remarques et demandes à Elodie Pinon

☎ 05.56.33.04.86

✉ epinon@canceraquitaine.org

Fax : 05.56.33.04.66