



## 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<sup>er</sup> 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