

REGISTRE DES TUMEURS DE LOIRE-ATLANTIQUE ET DE VENDEE

N° Patient : _____ **N° Cancer :** _____

NOMS : _____ **NOMJF :** _____ H F

Prénom : _____ **Date naiss :** _____

Lieu naiss : _____

Adresse/CP : _____

Insee res : _____ Commune res : _____

ANTCD autres cancers

Date diag	Topo	Lat	Morpho	Enquête	HI	N°	Etude

TUMEUR Statut dossier : _____ HI : _____

Date diag : __/__/____ **Inclusion étude :** _____

Base diag : 7. histo sur prim 5. cyto-hémato 2. exam paraclin 0. certif dc seul
 6. histo sur méta 4. biologie 1. clinique seule 9. inconnu-autre

Circ déc : 0.dépistage indiv 2.fortuit 4.autopsie 6.urgences 8.autre
 1.dépistage org 3.signes cliniq 5.certif dc 7.surveillance 9.inconnu

Symptômes : O - N - nsp **Lat. :** D - G - bilat - NA - nsp **Multifocal :** O - N - 8 - 9

CIMO C ____

CIMO3 M ____/____ inadapté
Code compl ____/____

pT	pN final <input type="checkbox"/> sn seul <input type="checkbox"/> i- <input type="checkbox"/> i+ <input type="checkbox"/> mol- <input type="checkbox"/> mol+	pN(sn) <input type="checkbox"/> i- <input type="checkbox"/> i+ <input type="checkbox"/> mol- <input type="checkbox"/> mol+
ypT	ypN final <input type="checkbox"/> sn seul <input type="checkbox"/> i- <input type="checkbox"/> i+ <input type="checkbox"/> mol- <input type="checkbox"/> mol+	ypN(sn) <input type="checkbox"/> i- <input type="checkbox"/> i+ <input type="checkbox"/> mol- <input type="checkbox"/> mol+
cT, uT	cN, uN	
M	Topo méta (CIMO3) :	Facteur C :
Taille (mm) :	Nb gg exam :	Nb gg env :
		Facteur R :

Stade (FIGO/hémato) : _____ **Autre grade :** _____ **Différenc. :** _____

Sein : SBR : _____ RO : _____ RP : _____ HER2 : ISH Nécrose : _____
uPA/PAI-1 : _____ Ki 67 : _____ Bio controlatéral : RH+ HER2+ RH+ et HER2+
Mélanome : Clark : _____ Breslow : _____ ulcér : O - N - 8 - 9 Régression : O - N - 8 - 9
Prostate : Gleason : _ = _ + _ PSA : _____
Foie : AFP : _____
Colon : % envah circ _____
Hémato : IP : NF - F - I **CG :** NF - N - aN - PP - I **BM :** NF - N - aN - I
Tt ant : non chimio radio curie immuno autre inconnu

Date dern nouv : _____ Etat : 0. vivant 1. décédé Source : _____

Examens de dépistage : _____ N° DO _____ K int

Date : __/__/____ 0.DI - 1.DO - 2.DC - 3.S - 9.nsp ACR : _ pos/patho - na/dout - neg/norm - nsp

Date : __/__/____ 0.DI - 1.DO - 2.DC - 3.S - 9.nsp ACR : _ pos/patho - na/dout - neg/norm - nsp

LABO + code	N° examen	Date préltv	Type	Tum

SOURCES POTENTIELLES : Nom prénom médecin	Spécialité

SOURCES NOTIFICATION / INFORMATION	Année	Enq	Consult	Info

EVOLUTION Métastase : _____ Topo méta : _____ Récidive : _____ Acutisation : _____ CIMO M acut : _____

__/__/____				
__/__/____				

TRAITEMENT refus du patient

Date chir/curage/1er tt	Ordre	Type de traitement	Chir nég	Lieu

COMMENTAIRES : _____