

Date de signalement

\_\_\_\_\_

Par \_\_\_\_\_

Service \_\_\_\_\_

### Identification

- Nom marital ..... Nom de jeune fille .....
- Prénoms .....
- Sexe  Masculin  Féminin
- Date de naissance \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_
- Commune de naissance ..... Code INSEE \_\_\_\_\_
- Adresse complète au moment du diagnostic ..... Code postal \_\_\_\_\_
- Numéro de téléphone \_\_\_\_\_
- Profession .....

### Antécédents médicaux et chirurgicaux

- Syndromes ou maladies génétiques  Oui  Non  NP Préciser : .....
- Pathologies malignes antérieures  Oui  Non  NP Site : ..... D dg \_\_\_\_\_
- Autres antécédents (méd., chir., fam.)  Oui  Non  NP Préciser : ..... Site : ..... D dg \_\_\_\_\_

### Diagnostic

- Le diagnostic a été établi  Clinique seule  Clinique et paraclinique (radiologiques, etc.)  Marqueurs spécifiques de tumeur
- Cytologie  Histologie sur métastase  Histologie sur primitif ou SAI
- Méthode inconnue  Certificat de décès uniquement
- Date d'incidence registre \_\_\_\_\_
- Mode de découverte  Examen de dépistage  Découverte fortuite  Présentation clinique
- Découverte d'autopsie  Autre, précisez \_\_\_\_\_  Suivi pour autre maladie  Inconnu
- Signe clinique inaugural principal .....
  - Céphalées  Déficit sensitif et/ou moteur  Déficit ou trouble sensoriel auditif
  - Hypertension intracrânienne  Déficit ou trouble sensoriel visuel  Troubles fonctions supérieures
  - Crise d'épilepsie  Troubles endocriniens  Autre
- Date du signe clinique inaugural \_\_\_\_\_
- Date du premier  scanner (TDM) /  IRM ayant permis de **visualiser** la lésion \_\_\_\_\_
- Geste chirurgical  Biopsie  Exérèse  Non  Non précisé
- Date geste chirurgical \_\_\_\_\_
- Numéro anatomopathologie \_\_\_\_\_

### La tumeur :

- Type histologique ..... ICD-O \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Sous type histologique .....
- Grade .....
- Stade (pour les neurinomes de l'acoustique) .....
- Récepteurs hormonaux (pour méningiomes)  Fait  A faire  Non fait  Non précisé
- R\_oestrogènes : présent  absent  R\_progestérones : présent  absent
- Parenchyme  Intra  Extra  Non précisé
- Topographie  Sus-tentorielle  Sous-tentorielle  Sus et sous tentorielle  Médullaire  Sous-tentorielle et médullaire  Non précisé
- Présence de tumeurs primitives multiples  Oui  Non  Non précisé
- Localisation ..... Site ICD-O .....
- Latéralité  Droit  Gauche  Médian  Bilatéral  Sans objet  Non précisé

### Filière de soins pour la pathologie étudiée

#### 1<sup>er</sup> contact

- Nom du praticien ..... Spécialité .....
- Adresse (Nom hôpital) ..... N° Dossier .....

#### 2<sup>e</sup> contact

- Nom du praticien ..... Spécialité .....
- Adresse (Nom hôpital) ..... N° Dossier .....

### Evolution

- Date des dernières nouvelles \_\_\_\_\_ Situation  1-Vivant  2-Décédé  9-Non précisé
- Source d'information .....
- Si vivant  1-Rémission complète  2-En rechute  3-Maladie stable  4-Maladie progressive  5-En cours de TTT  9-Non précisé
- Si décédé  1-Tumeur primitive  2-Complication iatrogène  3-Accident  4 -Autre  9-Non précisé
- Lieu de décès .....

### Prise en charge

- Date du 1<sup>er</sup> traitement \_\_\_\_\_
- Type du traitement initial  Pas de traitement  Chirurgie  Radiothérapie  Chimiothérapie
- Curiethérapie  Hormonothérapie  Immunothérapie  Autre
- Symptomatique  Non précisé

### Inclusion

#### Registre

- Oui N° \_\_\_\_\_
- Non, raison(s) : .....

