

Établissement d'origine : _____ Médecin demandeur : _____

Centre investigateur : _____ Médecin investigateur : _____

Demande urgente : Oui Non

Nom de(s) l'étude(s) envisagée(s) : _____

Patient

H F Date de naissance : ____ / ____ / ____
Nom d'usage : _____
Nom de naissance : _____
Prénom : _____

ETIQUETTE PATIENT

Taille : _____ cm Poids : _____ kg
OMS : _____
Téléphone : _____
@ : _____

Historique de la maladie

Métastatique : Oui Non Matériel tumoral disponible : Oui Non
Tumeur rare : Oui Non Maladie mesurable (RECIST, RANO, etc) : Oui Non

Localisation de la tumeur primitive : _____

Histologie : _____

Biomarqueur(s) : _____

Type de tumeur (TNM) : _____ Stade : _____

Date du diagnostic : ____ / ____ / ____

Métastase(s) :

Site(s) métastatique(s) précis(s) : _____

Métastase(s) biopsiable(s) : Oui Non

Si oui, quels sites seraient accessibles : _____

Traitements antérieurs :

Chimiothérapie / Immunothérapie / Thérapie ciblée Oui Non

Ligne 1 : _____ Ligne 3 : _____

Ligne 2 : _____ Ligne 4 : _____

Date de fin de traitement : ____ / ____ / ____ Date de fin de traitement : ____ / ____ / ____

Radiothérapie : Oui Non

Autres : _____

Comorbidités / ATCD notables : HTA Diabète Maladie Auto-immune Autre Cancer

Troubles cardiaques, précisez : _____

Autre : _____

Traitements concomitants : _____

Corticoïdes : Oui Non Posologie : _____

Commentaire : _____

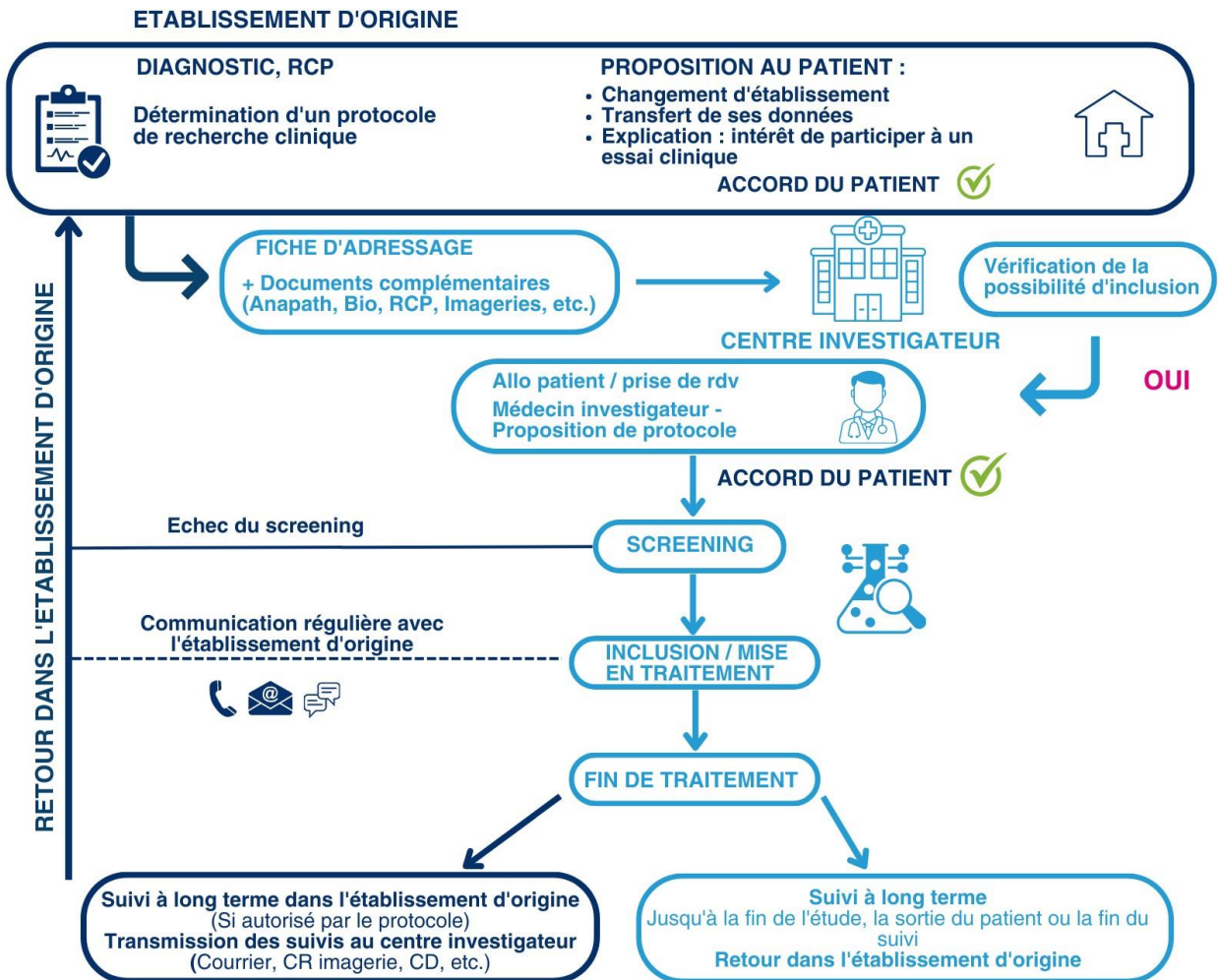
Date, tampon et signature du médecin demandeur

 _____ et @ _____

(si n'apparaissent pas sur le tampon)

TAMPON
MEDECIN

Prise en charge d'un(e) patient(e) dans un protocole clinique dans un centre différent



En tant que médecin demandeur :

J'ai reçu l'accord du patient pour que ses données médicales soient transmises à un autre établissement pour éventuellement participer à un essai clinique.

J'ai abordé avec le patient le(s) essai(s) clinique(s) envisagé(s) et la possibilité que les critères d'inclusion ne soient pas remplis. Oui Non

Je m'engage à assurer le suivi du patient dès la fin de l'étude et à fournir au centre investigateur les suivis, si autorisé par le protocole. Oui Non

Merci de fournir l'ensemble des éléments suivant (si applicable) :

- Courrier de liaison
- Compte-rendu(s) de RCP
- Compte-rendu(s) de chirurgie
- Compte-rendu(s) anatomopathologique(s) / biologie moléculaires
- Compte-rendu(s) des dernières imageries
- Un bilan biologique récent (hématologie, ionogramme sanguin, bilan hépatique, créatininémie, hémogramme)

Date, tampon et signature du médecin demandeur

_____ et @ _____

(si n'apparaissent pas sur le tampon)

