

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 : _____

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 : ____ / ____ / ____

Radiothérapie : ☐ Oui ☐ Non

Date de fin de traitement : ____ / ____ / ____

Autres : _____

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

☐ Troubles cardiaques, précisez : _____

☐ Autre : _____

Traitements concomitants : _____

Corticoïdes : ☐ Oui ☐ Non Posologie : _____

Commentaire : _____

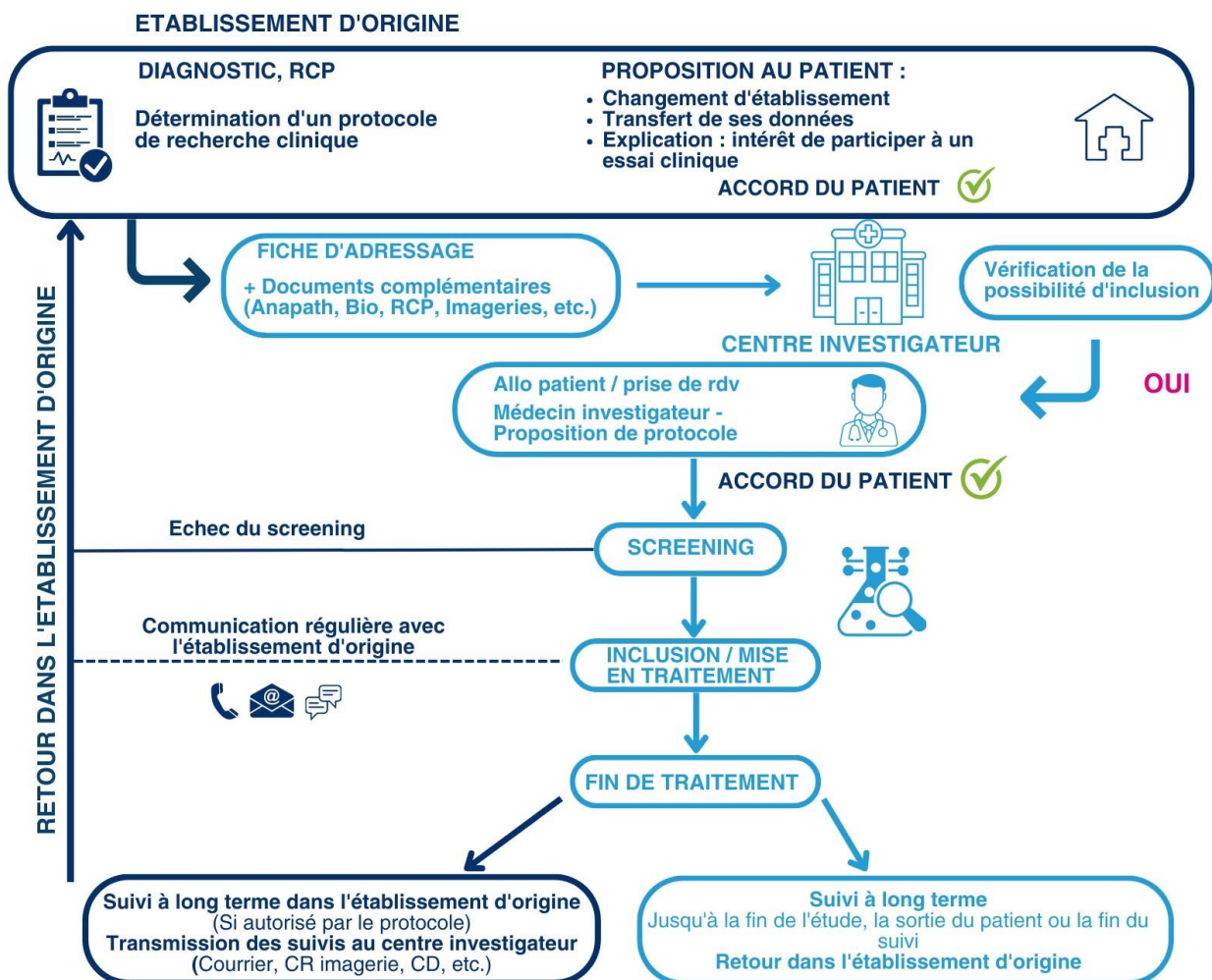
Date, tampon et signature du médecin demandeur

 _____ 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)

TAMPON
MEDECIN