

**ETUDE DE LA QUALITE ET DE LA PLURIDISCIPLINARITE DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE
DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER PROSTATIQUE EN MIDI-PYRENEES**

Date de remplissage du questionnaire : /_/_/_/_/_/_/_

INFORMATIONS GENERALES SUR LE PATIENT

DATE DE NAISSANCE /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
 Jour Mois Année

Code INSEE commune de naissance /_/_/_/_/_/_/_

Numéro : Rue ou autre voie ou lieu-dit :

.....

Commune de résidence :

✂-----

Date de remplissage du questionnaire : /__/__/__/__/

Nom du médecin généraliste :

ANTECEDENTS ET PATHOLOGIES ASSOCIEES

Cancers antérieurs ou synchrones : Oui Non Nsp

Localisation 1 :	C/__/__. /__/	Date diagnostic /__/__/__/__/	évolutif en 2010 : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/>
Localisation 2 :	C/__/__. /__/	Date diagnostic /__/__/__/__/	évolutif en 2010 : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/>

Maladies associées au moment du diagnostic (calcul de l'index de comorbidité de charlson)

Rempli au vu :

du compte-rendu anesthésie autre source préciser :

Comorbidité	Définition
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> ATCD documenté d'IDM (infarctus du myocarde)
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> y compris ATCD d'Œdème Aigu du Poumon (OAP), angor, insuffisance coronaire, angine de poitrine
Artériopathie	<input type="checkbox"/> Artérite, claudication intermittente, pontage artériel, gangrène, ischémie aiguë, anévrisme aortique, pathologie vasculaire périphérique
AVC ou AIT	<input type="checkbox"/> AVC ou Accident Ischémique Transitoire
Démence	<input type="checkbox"/> Déficit cognitif chronique, Alzheimer, maladie à corps de Lewy
Atteinte pulmonaire chronique	<input type="checkbox"/> Dyspnée symptomatique due à une insuffisance respiratoire chronique (asthme inclus)
Maladie de système	<input type="checkbox"/> Connectivite * : lupus, polymyosite, polyarthrite rhumatoïde ...
Ulcère gastro-duodéal	<input type="checkbox"/> ATCD de traitement pour UGD
Hépatopathie peu sévère	<input type="checkbox"/> Cirrhose sans hépatite, hépatite chronique (B et C)
Hépatopathie modérée ou sévère	<input type="checkbox"/> Cirrhose avec HTP (hypertension portale), rupture de varices œsophagiennes)
Diabète sans complication	<input type="checkbox"/> Diabète traité
Diabète compliqué	<input type="checkbox"/> Rétinopathie, neuropathie, néphropathie
Hémiplégie	<input type="checkbox"/> Hémiplégie ou paraplégie
Néphropathie modérée ou sévère	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale, dialyse, transplantation
Tumeurs	<input type="checkbox"/>
Leucémie	<input type="checkbox"/>
Lymphome	<input type="checkbox"/>
Cancer métastasé	<input type="checkbox"/>
Sida	<input type="checkbox"/>
Absence de comorbidité citée ci-dessus	<input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/>
Autre comorbidité	
Dénutrition	<input type="checkbox"/>

BILAN DIAGNOSTIC

Date de diagnostic : / __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ Nom du médecin : Etablissement / __/__/

Dosage des PSA en période diagnostique Date / __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ Date inconnue Nsp 9
 Résultat : valeur du PSA / __/__/ __/__/ __/__/ ng/ml valeur normal pour laboratoire si ≠ de 4 / __/__/

Toucher rectal en période diagnostique Date / __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ Date inconnue Nsp 9
Résultats :
 Prostate normale 1
 Adénome 2
 Prostate anormale 3
 Inconnu 9

→

Au niveau d'un lobe
 Au niveau des deux lobes
 Induration extra-prostatique ou vésicules séminales
 Prostate fixée aux parois pelviennes
 Aucune description des anomalies

Biopsie Date / __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ Date inconnue Nsp 9
Résultat : Pas de tissu tumoral 1 Présence de tissu tumoral 2 Inconnu 9
Biopsies négatives antérieures Oui 1 Non 0 Nsp 9
Si oui combien de fois Une 1 Plusieurs 2 Nsp 9

Adénectomie chirurgicale ou résection endoscopique lors du diagnostic Nsp 9
 Date / __/__/ __/__/ __/__/ __/__/ Date inconnue 9
Résultat : Pas de tissu tumoral 0 Présence de tissu tumoral 1 Nsp 9
Cet acte a aussi été considéré comme thérapeutique Oui 1 Non 0 Nsp 9

ANATOMOPATHOLOGIE SUR BIOPSIE, RESECTION ENDOSCOPIQUE OU PIECE D'ADENECTOMIE

Compte rendu anatomopathologique non trouvé.....

Score de Gleason : (/ __/__/ + / __/__/) ou total / __/__/ (Si non précisé coder 99 et préciser Grade OMS)
 Grade OMS : Bien différencié (G1) 1 Moyennement différencié (GII) 2 Pas différencié (GIII) 3 Inconnu (G9) 9

Si Biopsie
 Nombre de carottes réalisées / __/__/ __/__/ Nombre de carottes pathologiques / __/__/ __/__/ (Coder 999 si quantités non précisé)
 Présence de tissu tumoral Dans un seul lobe 1 Dans les deux lobes 2 Nsp 9

Si Résection ou Adénomectomie
 % de copeaux ou de tissus pathologiques / __/__/ __/__/ % Ou Nombre de copeaux pathologiques / __/__/ __/__/ (Coder 999 si quantités non précisées)

BILAN D'EXTENSION

IRM Prostatique : stade uT /__/ uN /__/	Oui <input type="checkbox"/>	Date : /__/__/__/__/__/__/	Non <input type="checkbox"/>	Nsp <input type="checkbox"/>
Scanner abdomino-pelvien	Oui <input type="checkbox"/>	Date : /__/__/__/__/__/__/	Non <input type="checkbox"/>	Nsp <input type="checkbox"/>
Radiographie du rachis+bassin	Oui <input type="checkbox"/>	Date : /__/__/__/__/__/__/	Non <input type="checkbox"/>	Nsp <input type="checkbox"/>
Scintigraphie osseuse	Oui <input type="checkbox"/>	Date : /__/__/__/__/__/__/	Non <input type="checkbox"/>	Nsp <input type="checkbox"/>
IRM corps entier	Oui <input type="checkbox"/>	Date : /__/__/__/__/__/__/	Non <input type="checkbox"/>	Nsp <input type="checkbox"/>
Autre, précisez.....	Oui <input type="checkbox"/>	Date : /__/__/__/__/__/__/	Non <input type="checkbox"/>	Nsp <input type="checkbox"/>

<i>M + plutôt Oui</i>		<i>..... plutôt Non M -</i>	
Métastase mise en évidence par le bilan	<input type="checkbox"/>	Pas de métastase mise en évidence par le bilan	<input type="checkbox"/>
Métastase considérée comme évidente sans bilan	<input type="checkbox"/>	Bilan incomplet et métastases peu probables	<input type="checkbox"/>
Bilan incomplet et métastases très probable	<input type="checkbox"/>	Les éléments retrouvés dans le dossier ne permettent pas de savoir...	<input type="checkbox"/>

Synthèse sur l'extension clinique au moment du diagnostic

Stade clinique indiqué dans le dossier T /__//__/ Atteinte ganglionnaire indiquée dans le dossier N /__/
 (Pas de taille indiquée : 99) (Pas de N indiqué : 9)

SEQUENCE THERAPEUTIQUE

Aucune information retrouvée sur le(s) traitement(s)

Intention de la prise en charge : Prise en charge curative Prise en charge palliative Nsp

Abstention-surveillance

Motifs : Maladies associées Age Refus du patient Autre Inconnu

Surveillance Active Date de la 1^{ère} Rebiopsie : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ Date inconnue

TRAITEMENTS

Le traitement de ce malade entre dans le cadre d'un protocole d'essai thérapeutique ? Oui Non Nsp

Protocole :

CHIRURGIE **NOM DU MEDECIN :** **ETABLISSEMENT :** /_/_/

(Précisez le nom du médecin ayant réalisé la chirurgie seulement s'il est différent de celui ayant réalisé la biopsie)

Une chirurgie a été réalisée dans la première année ? Non Oui Nsp

Si non **Motif :** Pas d'indication Maladies associées Age Refus du patient

 Autre :..... Inconnu

Si oui **Prostatectomie totale** Date: /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ Date inconnue

 Durée opératoire /_/_/ /_/_/ min Perte sanguines /_/_/ /_/_/ ml

Curage ganglionnaire Date : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ Date inconnue

Résection Endoscopique Date : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ Date inconnue

 Même acte que celui signalé au paragraphe **Diagnostic**

HORMONOTHERAPIE Nsp **NOM DU MEDECIN :** **ETABLISSEMENT :** /_/_/

Date /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ Date inconnue

RADIOTHERAPIE DE PROSTATE Nsp **NOM DU MEDECIN :** **ETABLISSEMENT :** /_/_/

Date /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ Date inconnue

Modalité de la Radiothérapie Externe Interstitielle (Curie) Inconnue

HIFU (ULTRASONS) Nsp **NOM DU MEDECIN :** **ETABLISSEMENT :** /_/_/

Date : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ Date inconnue

CASTRATION CHIRURGICALE / PULPECTOMIE Nsp **NOM DU MEDECIN :** **ETABLISSEMENT :** /_/_/

Date : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ Date inconnue

CHIMIOOTHERAPIE Nsp **NOM DU MEDECIN :** **ETABLISSEMENT :** /_/_/

Date : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ Date inconnue

ANATOMOPATHOLOGIE DE LA PIECE OPERATOIRE

Compte rendu anatomopathologique non trouvé.....

Score de Gleason (/_/_+/_/_/) ou total /_/_/ (Si non précisé coder 99 et préciser Grade OMS)

Grade OMS : I ou bien différencié II ou moyennement différencié III ou pas différencié Inconnu

Morphologie : /_/_/ /_/_/ /_/_/ **3**

Conservation des bandelettes vasculo-nerveuses Unilatérale Bilatérale Aucune Nsp

pT indiqué dans le dossier /_/_/ /_/_/ **pN indiqué dans le dossier (si curage ganglionnaire)** /_/_/ /_/_/

 chiffre lettre **Nombre de ganglions positifs** /_/_/ /_/_/ Nsp.... **999** Nsp mais >0 **99**

Résidu tumoral R0 R1 R2 Rx Inconnu

REMARQUE :

FICHE RCP

Pré-thérapeutique	Post- opératoire
Nbre RCP avant RCP pré-opératoire :/_/_/	Nbre RCP après RCP post- opératoire :/_/_/
DATE DE LA RCP /_/_/./_/_/./_/_/./_/_/	DATE DE LA RCP /_/_/./_/_/./_/_/./_/_/
LIEU DE LA RCP	LIEU DE LA RCP :
THEME DE LA RCP :	THEME DE LA RCP :
PRESENTATEUR : Présent dans le quorum ? Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	PRESENTATEUR : Présent dans le quorum ? Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
SPECIALISTES PRESENTS RCP Pré-thérapeutique	SPECIALISTES PRESENTS RCP post- opératoire
<input type="checkbox"/> Urologue	<input type="checkbox"/> Urologue
<input type="checkbox"/> Oncologue médical	<input type="checkbox"/> Oncologue médical
<input type="checkbox"/> Oncologue radiothérapeute	<input type="checkbox"/> Oncologue radiothérapeute
<input type="checkbox"/> Radiologue	<input type="checkbox"/> Radiologue
<input type="checkbox"/> Anatomopathologiste	<input type="checkbox"/> Anatomopathologiste
<input type="checkbox"/> Gériatre	<input type="checkbox"/> Gériatrie
<input type="checkbox"/> Autres (TEC/ARC, psychologue, infirmier, etc.) précisez :	<input type="checkbox"/> Autres (TEC/ARC, psychologue, infirmier, etc.) précisez :.....

CONTENU DE LA FICHE RCP						
	PRE THERAPEUTIQUE			POST OPERATOIRE		
Age du patient	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>
Score OMS	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>
Taux de PSA	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>
Stade clinique T	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>
Stade clinique N	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>
Stade clinique M	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>
Stade pathologique pT				Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>
Stade pathologique pN				Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>
Nb ganglions envahis				Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>
Type histologique	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>
Score de Gleason	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>
Grade	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>	Champ dédié <input checked="" type="checkbox"/>	Autre champ <input type="checkbox"/>

Proposition de la fiche RCP Pré-thérapeutique			
Proposition avec multi modalité équivalente traitements <input type="checkbox"/>		Conditionnée <input type="checkbox"/>	Unique <input type="checkbox"/> Non conclusive <input type="checkbox"/>
Propositions :		Adéquation <i>(réalisation du traitement)</i>	
		Justification si traitement non réalisé	
<input type="checkbox"/> Chirurgie :	<input type="checkbox"/> Prostatectomie totale et curage ganglionnaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Prostatectomie totale seule	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Non précisé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hormonothérapie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Chimiothérapie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Surveillance active	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Abstention-surveillance	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cryothérapie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	HIFU (Ultrason)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Radiothérapie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :	<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Curiethérapie interstitielle <input type="checkbox"/> Non précisé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bilan complémentaire :.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Proposition de la fiche RCP post-opératoire		
Proposition avec multimodalité équivalente traitements <input type="checkbox"/>	Conditionnée <input type="checkbox"/>	Unique <input type="checkbox"/> Non conclusive <input type="checkbox"/>
Propositions	Adéquation <i>(réalisation du traitement)</i>	Justification si traitement non réalisé
<input type="checkbox"/> Radiothérapie externe	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Hormonothérapie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Surveillance (Modalité :)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autre :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Présence de la fiche RCP dans dossier médical ? Oui Non Nsp

DISPOSITIF D'ANNONCE

TEMPS MEDICAL			
Diagnostic annoncé lors d'une consultation dans la lettre de sortie ?	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Nsp <input checked="" type="checkbox"/>
Présence du Programme Personnalisé de Soins (PPS) dans dossier ?	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui préciser dans quel dossier (DCC, dossier médical...) :			
TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT			
Consultation formalisée infirmière ou autre personnel paramédical ?	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Nsp <input checked="" type="checkbox"/>

ETAT AUX DERNIERES NOUVELLES

DATE DES DERNIERES NOUVELLES	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	DECEDE <input type="checkbox"/>
ETAT AUX DERNIERES NOUVELLES	Cancer évolutif	1
	Autre cancer évolutif	2
	Rémission complète	3
	Autre	4
	Cancer non évolutif	5
	Nsp	6

1^{ER} DOSAGE DU PSA SUITE AUX TRAITEMENTS Oui Date : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_ Date inconnue Non Nsp

Résultat : valeur du PSA /_/_/__./_/_/_ ng/ml **valeur normal pour laboratoire si ≠ de 4** /_/_/_

COMMENTAIRES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....