

REGISTRE DES CANCERS DE LOIRE ATLANTIQUE ET DE VENDEE

Plateau des Ecoles, Hôpital St Jacques, 50 rte de St Sébastien - 44093 Nantes Cedex 1 - Tél : 02 40 84 69 81 - Fax : 02 40 84 69 82

PATIENT	PATIENT N° Patient :			
	NOMS :		NOM JF :	
	Prénom :		Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	
	Date naissance : / /		Commune naiss :	
	Adresse :		Commune résid :	
Régime AM :		Insee naiss :		
Insee res :				
ATCD autres cancers N° dossiers		Date diag		
Date des dernières nouvelles : / /		Source DDN :		
Etat aux dernières nouvelles : VIVANT <input type="checkbox"/> DCD <input type="checkbox"/>		Cause de décès : cancer <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Nsp		

CANCER	TUMEUR N° Patient :		N° Dossier :		Cert dg		larctool	
	Date de diagnostic : / /				Etude		Hors Incidence	
	Organe :				ADICAP :			
	Site :				CIMO : C			
	Latéralité : <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> G / <input type="checkbox"/> bilat / <input type="checkbox"/> Nsp				Multifocal : <input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non / <input type="checkbox"/> Nsp			
	Histologie :				CIMO : M			
	Labo :		N° examen :		Type préltv :		Date préltv : / /	
	Labo :		N° examen :		Type préltv :		Date préltv : / /	
	Labo :		N° examen :		Type préltv :		Date préltv : / /	
	Labo :		N° examen :		Type préltv :		Date préltv : / /	
Stade :		Tailie (mm) :		T N M		Différenciat :		
Nb de gg exam :		pT pN pM		Grade :		RO :		
Gg sent <input type="checkbox"/> Nb de gg + :		Facteur C :		Facteur R :		RP :		
						RB2 :		
Renseignements cliniques								
Base de diagnostic :		<input type="checkbox"/> Histologie sur primitif		<input type="checkbox"/> Cyto-Hémato		<input type="checkbox"/> Examens paracliniques		
		<input type="checkbox"/> Histologie sur méta		<input type="checkbox"/> Biologie		<input type="checkbox"/> Clinique seule		
Circonstances de découverte :		<input type="checkbox"/> K d'intervalle		<input type="checkbox"/> Symptômes		<input type="checkbox"/> Dépistage organisé		
		<input type="checkbox"/> Fortuit		<input type="checkbox"/> Dépistage individuel		<input type="checkbox"/> Certificat de décès		
						<input type="checkbox"/> Autopsie		
						<input type="checkbox"/> Autre		
						<input type="checkbox"/> Inconnu		
Traitement initial:		Date 1^{er} traitement / /		<input type="checkbox"/> Ttt néoadjuvant		<input type="checkbox"/> Pas ttt ou palliatif		
Type		Ordre		Lieu		Type		
Chirurgie		_____		_____		Hormonoth		
Chimioth		_____		_____		Curieth		
Radioth		_____		_____		Autre		
Suivi								
<input type="checkbox"/> Récidive		Date : / /		<input type="checkbox"/> Métastase : Date : / /		<input type="checkbox"/> Ganglion <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Cerveau <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Autre		
<input type="checkbox"/> Acutisation		Date : / /		CIMOM				

SOURCES	SOURCES DE DECLARATION			Date déclaration ou enquête : / /			Nb sources /_ / Nb info/_ /_		
	Identité médecin ou source déclarant :						Enquêteur :		
	Autres médecins : Nom-prénom médecin			spé	O/N/A		Sources de notification (complète)		

COMMENTAIRES

Dossier saisi le : / / par
Dossier modifié le : / / par