 **RCP CAPID « Cancer bronchique et PID »**

 **du ../../….**

[ ] *« Je déclare avoir recueilli le consentement de mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et l’avoir informé que ses données de santé sont gérées via un site sécurisé et sont partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique, et peuvent être utilisées à des fins de recherche clinique ».*

# Médecin prescripteur

Médecin prescripteur de la RCP\* (Nom, Prénom) :Taper du texte.

Médecin référent si différent (Nom, Prénom) :Taper du texte.

Date de la réunion : Entrer une date.

# Patient

**Nom\* :** Taper du texte.

**Prénom\* :** Taper du texte.

**Date de Naissance\*** (JJ/MM/AAAA) : Entrer une date.

**Sexe\***: F [ ]  M [ ]

**Patient déjà présenté en RCP locale :** oui [ ] , préciser : ../../…. , non [ ]

**Préciser :** Taper du texte.

**Origine géographique :** Taper du texte.

**Exposition professionnelle :** Taper du texte.

**Tabac**: Taper du texte.

# Histoire de la maladie

1. **PID**

Date du diagnostic : Entrer une date.

Diagnostic retenu : Taper du texte. DMD : oui [ ] , préciser : ../../…. , non [ ]

Traitement anti-fibrosant :

Oui [ ]  Non [ ]

Lequel : Taper du texte.

Date introduction : Entrer une date.

Traitement immunosuppresseur :

Oui [ ]  Non [ ]

Lequel : Taper du texte.

Date introduction : Entrer une date.

Contexte familial : Oui [ ]  Non [ ]

*Commentaires :* Taper du texte.

Anomalie génétique germinale : Taper du texte.

Pattern radiologique : Taper du texte. Rayon de miel : Oui [ ]  Non [ ]

Gravité : DLCO Taper du texte.%th / CVF Taper du texte. %th

PO2 / oxygénothérapie : Oui [ ]  Non [ ]

*Commentaires :* Taper du texte.

Histologie de la PID : Oui [ ]  Non [ ]

*Commentaires* : Taper du texte.

Evolutivité sur les 6 derniers mois : Oui [ ]  Non [ ]

*Commentaires :* Taper du texte.

1. **CANCER BRONCHIQUE**

Performans Status  *:* Taper du texte.

Date diagnostique : Entrer une date.

Histologie : Entrer une date.

Stade : Localisé [ ]  Localement étendu [ ]  Métastatique [ ]

*Commentaires :* Taper du texte.

TNM (8eme édition) : Taper du texte.

Driver oncogénique : Taper du texte.

PD-L1 : Taper du texte.

*Commentaires :* Taper du texte.

Autres comorbidités : Taper du texte.

# Prise en charge

Déjà traité : Oui [ ]  Non [ ]

Traitement reçu : Taper du texte.

# Demande d’avis de la RCP

**Avis demandé\* :** [ ]  **Diagnostique** [ ]  **Thérapeutique** [ ]  **Autre :**

**Question posée :** Taper du texte.

**Conclusion de la RCP** :

 Proposition thérapeutique :