Registre National des Hémopathies Malignes de l'Enfant — **Registre National des Tumeurs Solides de l'Enfant**

Registres Régionaux des Cancers de l'Enfant (Auvergne-Limousin/Bretagne/Lorraine/PACA-Corse/Rhône-Alpes)

IDENTIFICATION N° |_____|

- NOM : ..... Prénom : .....
- Nom de jeune fille de la mère: .....
- Sexe ☐ 1-Masculin ☐ 2- Féminin Date de naissance |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
- Commune de naissance : ..... Code postal |__|__|__|__|__|
- Adresse régulière au moment du diagnostic : .....
..... Code postal |__|__|__|__|__|
- Dernière adresse connue : .....
..... Code postal |__|__|__|__|__|

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS *(à préciser en clair)*

- Affection génétique, héritée ou non ☐ .....
- Malformations ☐ .....
- Aberration chromosomique ☐ .....
- Pathologies malignes antérieures ☐ .....
site : ..... *date de diagnostic* |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
- Autres antécédents (maladie chronique. ..) ☐ .....
.....

DIAGNOSTIC Groupe diagnostique |_____|

- S'agit-il d'un ☐ 1er ☐ 2ème ☐ 3ème cancer ☐ d'une rechute ☐ d'un non cancer ?
- **Mode de découverte**

☐ 1-Symptômes cliniques ☐ 2-Fortuite ☐ 3-Anténatale ☐ 4-Décès ☐ 7-Non précisé

☐ 5-Surveillance pour maladie prédisposante ..... ☐ 6-Autre .....

- **Date du diagnostic de certitude** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

(Leucémie : 1er myélo ; Tumeur solide : 1ère anapath ou 1er examen ayant confirmé le diagnostic)

- **Délai entre les premiers signes et le diagnostic** (en semaines) |__|__|
- **DIAGNOSTIC** *(type cytologique ou histologique) :* ..... **Grade** |__|
..... ICD-O |__|__|__|__|__|__|
- **Localisation** de la tumeur primitive : ..... ICD-O |__|__|__|__|
- **Latéralité** ☐ 1-Droit ☐ 2-Gauche ☐ 3-Médian ☐ 4-Bilatéral ☐ 5-Multiple ☐ 6-Non précisé
- **Extension** : Stade ..... *Classification utilisée* .....

Si lymphome : Envahissement médullaire : ☐ 1-Oui ☐ 2-Non si oui, % de blastes |__|__|

Autres sites envahis .....

Si tumeur solide : Métastase(s) ☐ 1-Oui ☐ 2-Non si oui, site(s) .....

- **Base de certitude diagnostique** *(plusieurs cases possibles)*

Joindre les photocopies

☐ 1-Histologie
- ○ *Tumeur*
- ○ *Métastase*

☐ 2-Cytologie sur
- ○ *Tumeur*
- ○ *Moelle*
- ○ *Liquide d'épanchement*
- ○ *LCR*
- ○ *Ganglion*

☐ 3-Marqueurs tumoraux (sanguins ou urinaires)
☐ 4-Cytogénétique
☐ 5-Génétique moléculaire
☐ 6-Clinique et/ou Imagerie seule
☐ 7-Autopsie

Compte-rendu anapath	☐ 1-Fait et fourni	☐ 2-Fait mais non fourni	☐ 3-Non fait	☐ 4-Non précisé
Myélogramme	☐ 1-Fait et fourni	☐ 2-Fait mais non fourni	☐ 3-Non fait	☐ 4-Non précisé
RCP	☐ 1-Fait et fourni	☐ 2-Fait mais non fourni	☐ 3-Non fait	☐ 4-Non précisé
Inclusion	☐ 1-Inclus	☐ 2-Inclus Borderline	☐ 3-Non inclus	

Ne pas remplir les parties grisées

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Joindre les photocopies

• Immunophénotype ou immunohistochimie

☐ 1-Réalisé ☐ 2-Non réalisé ☐ 3-Echec ☐ 4-Non précisé Date |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Photocopie Source ☐ 1-CR labo ☐ 2-Autre

• Cytogénétique

☐ 1-Réalisé ☐ 2-Non réalisé ☐ 3-Echec ☐ 4-Non précisé Date |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Photocopie Source ☐ 1-CR labo ☐ 2-Autre

• Génétique moléculaire

☐ 1-Réalisé ☐ 2-Non réalisé ☐ 3-Echec ☐ 4-Non précisé Date |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Photocopie Source ☐ 1-CR labo ☐ 2-Autre

PRISE EN CHARGE – FILIÈRE DE SOINS

• 1er recours pour cette pathologie : ☐ 1-généraliste ☐ 2-pédiatre ☐ 3-service d'urgences

☐ 4-autre spécialiste..... ☐ 5-autre ..... ☐ 6-non précisé (NP)

• 1er contact hospitalier : ..... ☐ 1-public ☐ 2-privé ☐ 3-NP

..... ☐ 1-enfant ☐ 2-adulte ☐ 3-mixte ☐ 4-NP

• Pose du diagnostic : ..... ☐ 1-public ☐ 2-privé ☐ 3-NP

..... ☐ 1-enfant ☐ 2-adulte ☐ 3-mixte ☐ 4-NP

• Décision du traitement : ..... ☐ 1-public ☐ 2-privé ☐ 3-NP

..... ☐ 1-enfant ☐ 2-adulte ☐ 3-mixte ☐ 4-NP

• Passage en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) ☐ 1-oui ☐ 2-non ☐ 3-non précisé

Si oui, date de la 1ère RCP |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **Joindre la photocopie**

TRAITEMENT

• Date de début du traitement |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

• Type de traitement

☐ 1-Protocolaire *(ou selon les recommandations établies, protocole fermé ou non encore activé)*

→ Nom du protocole : .....

→ Protocole établi par *(SFCE, SIOP, FRALLE…)* .....

☐ 2-Non protocolaire → Motif : .....

• Précisions	Ordre	Service
○ Chimiothérapie	|__|+|__|	.....
○ Radiothérapie	|__|+|__|	.....
○ Immunothérapie	|__|+|__|	.....
○ Chirurgie (complète ou incomplète)	|__|+|__|	.....
.....	Date 1ère chirurgie	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|
○ Allogreffe ○ Autogreffe	|__|+|__|	.....
(moelle ou CSP ou sang de cordon)	Date 1ère greffe	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|
○ Autre :	|__|+|__|	.....

SUIVI

• Date des dernières nouvelles |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

• Situation ☐ 1-Vivant ☐ 2-Décédé ☐ 3-Non précisé

Si vivant ○ 1-Rémission complète ○ 2-En rechute ○ 3-Maladie stable ○ 4-Maladie progressive ○ 5-Non précisé ○ 6-En cours de traitement

Si décédé ○ 1-Tumeur primitive ○ 2-Complication iatrogène ○ 3-Second cancer ○ 4-Accident ○ 5-Autre ..... ○ 6-Non précisé

Lieu du décès .....

Ne pas remplir les parties grisées

Fiche remplie le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Par : .....

Signalé par listing DIM : ☐ CHU ..... ☐ CLCC ..... Année |__|__|__|__|

Service du recueil (*en clair ou Cachet*)