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*

  ☐ 2-Cytologie sur
  - ○ *Tumeur*
  - ○ *Métastase*
  - ○ *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** — Date — Source
  ☐ 1-Réalisé ☐ 2-Non réalisé ☐ 3-Echec ☐ 4-Non précisé |__|__| |__|__| |__|__|__|__| ☐ 1-CR labo ☐ 2-Autre
- **Cytogénétique**
  ☐ 1-Réalisé ☐ 2-Non réalisé ☐ 3-Echec ☐ 4-Non précisé |__|__| |__|__| |__|__|__|__| ☐ 1-CR labo ☐ 2-Autre
- **Génétique moléculaire**
  ☐ 1-Réalisé ☐ 2-Non réalisé ☐ 3-Echec ☐ 4-Non précisé |__|__| |__|__| |__|__|__|__| ☐ 1-CR labo ☐ 2-Autre
- **FISH**
  ☐ 1-Réalisé ☐ 2-Non réalisé ☐ 3-Echec ☐ 4-Non précisé |__|__| |__|__| |__|__|__|__| ☐ 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
- Service où le **diagnostic** a été posé : …… ☐ 1-public ☐ 2-privé ☐ 3-NP
  …… ☐ 1-enfant ☐ 2-adulte ☐ 3-mixte ☐ 4-NP
- Service où la **décision du traitement** a été prise : …… ☐ 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 ……

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

Par : ……

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

Service du recueil *(en clair ou Cachet)*

Ne pas remplir les parties grisées