



Réseau ARPEGO

ACCES A LA RECHERCHE CLINIQUE PRECOCE
DANS LE GRAND OUEST :

FICHE DE SCREENING

Nom prénom
Date de naissance
du patient

Nom du médecin demandeur :
Site :
Tél :
Fax :
Adresse mail :

**Merci de faxer cette fiche à l'ICO Nantes/Angers 02 40 67 97 05
ou au Pôle Régional de Cancérologie Bretagne 02 99 28 99 68**

Date staff :

Réponse du staff :

Essai disponible : oui non

Nom(s) du ou des essai(s) et centre dans lequel il(s) est (sont) disponible(s)

-
-

Médecin(s) à contacter

Signature médecin référent :

DIAGNOSTIC

**MERCI DE JOINDRE IMPERATIVEMENT LE COMPTE-RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DE
DIAGNOSTIC**

TUMEUR PRIMITIVE :

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE PRECIS :

SITES METASTATIQUES PRECIS :

METASTASE BIOPSIABLE..... OUI NON

PROFIL MOLECULAIRE : JOINDRE CR (le cas Echéant)		
Anomalies :		

ETAT CLINIQUE

- Performance Status OMS :
- Commentaire :

BILAN BIOLOGIQUE

de moins de 15 jours obligatoire à joindre à la demande (cf. ANNEXE).

ANTECEDENTS MEDICAUX	Oui	Non
Statut ménopausique <i>Si non, mode de contraception :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition tabagique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose veineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie pulmonaire (BPCO, antécédents chirurgicaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysfonction cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome coronarien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrôle antalgique satisfaisant <i>Commentaires sur la douleur :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTECEDENTS SOCIAUX	Oui	Non
Tutelle/curatelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAITEMENTS CONCOMITANTS

1.
2.
3.
4.

TRAITEMENTS PREALABLES

		Oui	Non
1. Radiothérapie	cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. traitements systémiques dont hormonothérapie, thérapies ciblées...	Néoadjuvant :		
	Adjuvant :		
	1 ^{ère} ligne M+ :		
	2 ^{ème} ligne M+ :		
	3 ^{ème} ligne M+		
	Ligne X		
Date de la dernière cure : / / 20			
Si le patient a reçu des anthracyclines ou du cisplatine, merci de préciser la dose totale reçue en mg/m ² :			
		Oui	Non
3. Biphosphonates IV ou Xgeva		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de la dernière injection :			
TOXICITES SEQUELLAIRES		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Types et grade			
COMMENTAIRES			

	Oui	Non
Avez-vous abordé avec le patient les principes généraux des essais de Phase précoce avec notamment les incertitudes de ce type de traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En tant que médecin référent, vous vous engagez à reprendre en charge votre patient dès la fin de l'étude de phase précoce pour laquelle vous nous l'avez adressé :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si votre patient est inclus dans un protocole de Phase précoce, vous vous engagez à nous fournir rapidement les renseignements complémentaires suivants concernant les traitements antérieurs de sa maladie :		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dates précises de début et de fin de toutes les chimiothérapies, hormonothérapies ou traitements ciblés avec les doses et les meilleures réponses observées ▪ Dates précises de début et de fin de toutes les radiothérapies, avec les doses et les localisations ▪ Dates de toutes les chirurgies 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date :

Signature du médecin demandeur :

ANNEXE : Bilan biologique complet demandé (cf ordonnance ci-dessus)

Identification du prescripteur

cerf

N° 60-3937

Nom prénom patient

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Faire pratiquer par une IDE à domicile, à jeun :

- Numération formule sanguine + plaquettes,
- TP/TCA + INR
- Ionogramme-urée-créatininémie (clairance selon Cockcroft)
- Calcémie, magnésium, phosphore, chlore
- Acide urique, Bicarbonates
- Protides, albumine
- ASAT, ALAT, Gamma GT, Phosphatases alcalines, Bilirubine totale et conjuguée, LDH
- Amylase, lipase
- Glycémie, cholestérol, triglycérides totaux, LDL et HDL cholestérol
- CPK, Troponine I

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)
