A adresser par email : [unite.phase-precoce@nice.unicancer.fr](mailto:unite.phase-precoce@nice.unicancer.fr)

Egalement disponible en ligne via le site web Centre Antoine Lacassagne : <https://www.centreantoinelacassagne.org/recherche/unite-de-phase-precoce-upp/>

Contact téléphonique : 04 92 03 16 62 ou 04 92 03 17 96

|  |  |
| --- | --- |
| **Médecin Demandeur** | |
| Nom-Prénom |  |
| Etablissement de santé |  |
| Adresse |  |
| Tel |  |
| Email |  |

Pour être inclus dans un essai thérapeutique de phase précoce, votre patient doit bénéficier d’une couverture sociale (ou CMU) ou d’un formulaire 112 (S2) pour les patients européens

Préciser le type de prise en charge sociale :

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnées du patient** | |
| Nom-Prénom |  |
| Adresse |  |
| Tel |  |
| Email |  |

**Etat clinique**

O.M.S. :  0  1  2  3  4

Commentaires :

**Documents nécessaires**

Bilan biologique de moins de 15 jours

Compte-rendu anatomopathologique

Dernier compte-rendu scanner/PET/IRM

Dernier compte-rendu de consultation

Tout élément jugé utile par le médecin demandeur pour statuer sur l’éligibilité du patient

**Antécédents notables**

1. HTA  Oui  Non
2. Thrombose veineuse et/ou embolie pulmonaire  Oui  Non
3. Dysfonction cardiaque (diminution FEVG)  Oui  Non
4. Syndrome coronarien aigu  Oui  Non
5. Troubles du rythme  Oui  Non
6. Diabète  Oui  Non
7. Autre cancer  Oui  Non
8. Contrôle antalgique satisfaisant  Oui  Non
9. Maladie auto-immune  Oui  Non

**Médication concomitante notable (corticoïdes, anticoagulation,antalgiques...)**

**Diagnostic**

# MERCI DE JOINDRE IMPERATIVEMENT LE COMPTE-RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE QUI CONTIENT LA REFERENCE DU PRELEVEMENT TUMORAL DISPONIBLE

Localisation du cancer primitif et diagnostic histologique précis :

Tumeur rare  Oui  Non

Site métastatique précis :

Métastase biopsiable  Oui  Non

SI INDICATION DE BIOPSIE MERCI DE JOINDRE LE CD DU DERNIER TDM

Maladie mesurable selon RECIST 1.1  Oui  Non

Lésions injectables au niveau des ganglions  Oui  Non

Lésions injectables au niveau de la peau  Oui  Non

**Anomalies moléculaires**

Anomalies moléculaires/génétiques connues  Oui  Non

# MERCI DE JOINDRE LE COMPTE RENDU DES ANALYSES MOLECULAIRES DEJA REALISEES

Commentaires (mutations de résistance, autres anomalies) :

**Traitements préalables**

1. Radiothérapie  Oui  Non

Caractéristiques :

1. Lignes de traitement systémique (nom des molécules/protocoles + doses + dates + meilleure réponse):

Ligne 1 :

Ligne 2 :

Ligne 3 :

Ligne 4 :

Ligne X :

# DATE DE LA DERNIERE CURE : ………./………/20……….

**Toxicités séquellaires**

Oui  Non

Type et grade :

**Modalités**

Avez-vos abordé avec le patient les principes généraux des essais de phase précoce avec notamment les incertitudes de ce type de traitement

Oui  Non

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

Oui  Non

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 :

Les dates précises de début et de fin de toutes les chimiothérapie, radiothérapies, les chirurgies ; avec les doses et les meilleurs réponses observées) :

Oui  Non

Date :

Nom- Prénom

Signature :