

FICHE DE SCREENING – DEMANDE D'ESSAI THERAPEUTIQUE

Fiche de screening à renvoyer à la planificatrice accompagnée des documents suivants :

- ☐ Bilan biologique de moins d'1 mois (NFS, plaquettes, créatinine, iono complet)
- ☐ Compte-rendu anatomopathologique (biopsie, chirurgie avec immunohistochimie)
- ☐ Dernier compte-rendu d'imagerie (scanner/IRM/pet-scanner)
- ☐ Dernier compte-rendu de consultation avec l'oncologue

CONTACT PLANIFICATRICE

Ophélie COVILLE : 01.42.11.64.64 / avis.sein@gustaveroussy.fr

Fax : 01.42.11.52.74

PRISE EN CHARGE

Pour être inclus dans un essai thérapeutique, votre patient doit bénéficier d'une couverture par la Sécurité Sociale (ou CMU) ou d'un formulaire E112 (52) pour les patients européens)

Type de prise en charge : 100% en cours

ETAT CLINIQUE

O.M.S : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 et 4 non éligible

ANTECEDENTS NOTABLES (Merci de préciser la date si < à 6 mois) :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 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 |
| 10. Médication concomitante notable (corticoïdes, anticoagulation, ...) : | | |

DIAGNOSTIC

Localisation du cancer primitif :

Type histologique précis (avec phénotypage, Ki67, Tils) :

Site métastatique précis :

Métastase biopsiable :	☐ Oui	☐ Non
------------------------	------------------------------	------------------------------

Maladie mesurable selon RECIST 1.1 :	☐ Oui	☐ Non
--------------------------------------	------------------------------	------------------------------

Anomalies moléculaires / génétiques connues :	☐ Oui	☐ Non
Si oui, préciser (BRCA1/2, PALB2..) :		

Si NGS réalisé, merci de nous envoyer le résultat.

TRAITEMENT PREALABLES

1. Chirurgie : ☐ Oui ☐ Non
2. Radiothérapie : ☐ Oui ☐ Non
Date de début et de fin :
3. Lignes de traitements :
- Ligne 1 :
- Ligne 2 :
- Ligne 3 :
- Ligne 4 :
- Ligne X :
4. Si le patient a reçu des anthracyclines, merci de préciser le nom et la dose totale reçue en mg/m² :
DATE DE LA DERNIERE CURE :

TOXICITES SEQUELLAIRES

☐ Oui ☐ Non

Type de grade :

En tant que médecin référent, vous vous engagez à reprendre en charge votre patient dès la fin de l'étude de phase I pour laquelle vous nous l'avez adressé :

☐ Oui ☐ Non

Si votre patient est inclus dans un protocole, vous vous engagez à nous fournir rapidement les renseignements complémentaires suivants concernant les traitements antérieurs de sa maladie :

☐ Oui ☐ Non

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

☐ Oui

☐ Non

COORDONNEES ONCOLOGUE

Nom du médecin demandeur :

Adresse :

Tel :

Fax :

Mail :

COORDONNEES PATIENT

Nom et prénom du patient :

Adresse :

Tel :

Mail :

Date de la demande :

Signature de l'oncologue :