

DEMANDE AVIS PNEUMOLOGIE

Nom et prénom du patient :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

DIAGNOSTIC

! Merci de joindre impérativement le(s) compte(s)-rendu(s) anatomopathologique(s) de diagnostic et de biologie moléculaire si applicable

Type histologique : ☐ Adénocarcinome ☐ Carcinome épidermoïde ☐ CBPC
☐ Mésothéliome ☐ Autre : _____

Anomalies moléculaires/ génétiques connues ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : _____

Maladie mesurable selon RECIST 1.1 ☐ Oui ☐ Non

Mesurable si masse tumorale ≥ 10 mm de grand axe ou ganglion ≥ 15 mm de petit axe

Lésions osseuses considérées non mesurables

Biopsie envisageable ☐ Oui ☐ Non

Métastases cérébrales ☐ Oui ☐ Non

Si oui, Symptomatiques ☐ Oui ☐ Non

Traitées : ☐ Oui ☐ Non

TRAITEMENTS PREALABLES

➤ Lignes de traitements Néo-Adjuvant ou Adjuvant :

Ligne : _____

Si oui, date de la chirurgie : ____ / ____ / ____

➤ Lignes de traitements en phase métastatique :

Ligne 1 _____

Ligne 2 _____

Ligne 3 _____

Ligne 4 _____

Ligne x _____

Si Immunothérapie : durée du traitement : _____ mois

PARAMETRES CLINICO-BIOLOGIQUES

Etat Général : OMS	☐ 0	☐ 1	☐ 2
Thrombose veineuse / Embolie pulmonaire / AVC	☐ Oui	☐ Non	☐ <6mois
Syndrome coronarien aigu			
Dysfonction cardiaque (diminution FEVG)	☐ Oui	☐ Non	☐ <6mois
Maladie auto-immune	☐ Oui	☐ Non	☐ <6mois
Autre, précisez : _____	☐ Oui	☐ Non	☐ <6mois
Corticothérapie en cours	☐ Oui : dosage : _____	☐ Non	
Bilan hépatique – ASAT/ALAT	☐ <3N	☐ 3-5N	☐ >5N
Présence de métastases hépatiques	☐ Oui	☐ Non	
Clairance de la créatinine (mL/min)	☐ <30	☐ 30-45	☐ 45-60 ☐ >60
Patients ayant présenté un deuxième cancer	☐ Oui	☐ Non	
Si oui, type de cancer et date de fin de traitement : _____			