



RÉseau NATIONAL de prise en charge des
Tumeurs neuro-ENDocrines Malignes
Rares Sporadiques et Héritaires

**Réseau de Référence Clinique pour les Tumeurs Endocrines Malignes Sporadiques et Héritaires,
Labellisation INCA 2009
Services de gastroentérologie et pancréatologie/oncologie digestive Hôpital Beaujon**

Date :

Patient	Médecin référent
Nom de naissance : Nom marital : Prénom : Sexe : Date de naissance Etablissement de suivi : NIP établissement de suivi :	Nom : Prénom : Lieu d'exercice Adresse mail : Téléphone :

- **Date du diagnostic :**
- **Localisation du primitif :**
- **Unique ou multiple :**
- **Localisations métastatiques :**
- **Date dernière présentation RCP RENATEN :**
- **Syndrome fonctionnel : oui/non**
- **Date chirurgie :**

Histologie (+ joindre le compte rendu) :

- **Relecture histologique TENPATH : oui/non**
- **taille de la lésion :**
- **différenciation tumorale :**
- **Ki-67 :**
- **stade :**
- **TNM :**

Antécédents du patient :

Pente évolutive :

Question posée :

Décision de la RCP :