

Date RCP :

NOM DU MEDECIN REFERENT :

HOPITAL/CLINIQUE ou adresse personnelle :

NOM PATIENT (en entier) :

NOM DE NAISSANCE PATIENT :

PRENOM PATIENT :

Date de naissance (obligatoire):

Sexe :

F  M

Adresse patient (obligatoire):

Histoire de la maladie :

Cliquez ici pour taper du texte.

Date de début de la maladie :

Topographie initiale :

- Thyroïdien  
 Phéo/paragangliome  
 Tumeur de la surrenale  
 Autres

Si Thyroïdien :

- Papillaire  
 Folliculaire  
 Peu Différencié  
 Médullaire  
 Anaplasique

Si Autres :

Classification TNM :

pT :  N :  M :

Si N1a ou N1b :

Nombre de ganglions atteints :   
Taille du plus gros ganglion :   
Rupture capsulaire :  
 Oui  Non

Mutation somatique :

BRAF  RAS  RET  TERT Autres :

Mutation génétique :

SDH  VHL  RET  NEM1  NF1 Autres :

Histoire actuelle :

- Phase initiale  Rechute locale  
 métastases

Réfractaire :

Oui  Non

Si rechute locale ou métastases :

T :  N :  M :

Si participation essai clinique lequel :

Questions posées :

Cliquez ici pour taper du texte.