**RCP du**  **Médecin demandeur :**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom de naissance Nom d’usage

Prénom Sexe  H  F

Date de naissance / / CP / Ville de résidence : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**Etablissement de prise en charge** :

**Correspondants du patient Médecin traitant :**  Hépato - gastro :

Chirurgien : Autres :

**Antécédents et comorbidités**

**Statut tabagique :** Fumeur actif  Ancien Fumeur \_\_\_\_\_ paquets/années  N’a jamais fumé

Commentaires (PEC tabaco, sevrage) :

**Prise anticoagulant** :  Oui  Non  **Prise** **antiagrégant** :  Oui  Non

**Cirrhose** :  Oui  Non  Incertain

**Etiologie/cause**Intoxication alcoolique  Oui  Non  Sevré, délai de sevrage :

VHC, guéri :  Oui  Non  Hémochromatose  Dysmétabolisme  Autres, précisez :

Présence d’HTP / varices œsophagiennes :  Oui  Non

Autres facteurs de risques :

**Histoire de la maladie**

**Données médicales**

**Phase de la maladie** :  Phase initiale  Rechute **Progression** :  Locale  Régionale  A distance

**Capacité de vie / OMS / Performance Status** : 0 1 2 3 4 Date d’observation :

**Albumine** (g/l) : **Ascite** : 1 2 3 **Bilirubine** (µmol/l) : **Encéphalopathie** : 1 2 3

**Créatinine** (µmol/l) : **TP** (%) : **INR** :

**Score MELD** : **Grade ALBI** : **Score CHILD PUGH** : , date :

αFP (ng/ml) : Date :

αFP (ng/ml) : Date :

αFP (ng/ml) : Date :

**CA 19.9**(UI/ml)**:**

**Description de la situation clinique actuelle** :

**Préservation de la fertilité** :  Faite/programmée  Non concerné/non adapté  A prévoir Préciser :

**Score G8** : Date : **Consultation Oncogériatrique** :  Oui  Non  Programmée

**Patient concerné par une PEC Adolescent et Jeune Adulte (AJA** – Patient âgé de 15 à 25 ans**)**

Discussion en RCP en présence d'un pédiatre :  Faite  Programmée  A programmer

**Données concernant la tumeur**

**Type** :  Primitif  Secondaire  Inconnu

**Siège de la tumeur** :

**Caractéristique atteinte hépatique** :  Unilobaire infiltrant  Unilobaire non-infiltrant  Bilobaire infiltrant  Bilobaire non-infiltrant

**Segments** :  I  II  III  IV  V  VI  VII  VIII

**Nombre nodules hépatiques** : **Taille max de la + grosse tumeur** (cm) :

**Envahissement vasculaire tumoral** :  Oui  Non **Critère de Milan** :  Oui  Non

Latéralité :  Droite  Gauche  Médian  Bilatérale

u i **T |\_\_\_\_\_| N |\_\_\_\_| M |\_\_\_\_|** Autres stades :

**Bilan d’extension initial** :

**Prélèvement**:  Histologie  Cytologie du  Pas d’histologie  Diagnostic radiologique typique

**Type histologie** (ADICAP) :  **Tumeur rare**

**Conclusion du CRO** *(à compléter si document non joint)*

**Conclusion du CR ACP** *(à compléter si document non joint)*

**y pT |\_\_\_\_\_| pN |\_\_\_\_| pM |\_\_\_\_| R |\_\_\_\_|**

**État des marges : N+/N :** **HER2-neu : Ki67**(%)**:**

**Phénotype RER/MSI :**  MSS  MSI  Non fait

**Mutations somatiques portées par la tumeur** : KRAS :  Muté  Sauvage  En attente  Non cherché

NRAS :  Muté  Sauvage  En attente  Non cherché

BRAF :  +  -  En attente  Non cherché

PDGFRA :  +  -  En attente  Non cherché

cKIT :  +  -  En attente  Non cherché

Autres :

**Mutations germinales (portées par le patient) :**

**Commentaires/ Biologie Moléculaire :**

**Commentaires / tumeur :**

**Proposition de prise en charge**

**Question posée :**

**Proposition de prise en charge :**

**Proposition d'inclusion dans un essai clinique :**