



Maladie à déclaration obligatoire

CANCER

NE PAS REMPLIR CETTE COLONNE

N° de tumeur

/ / / / / / / / / / / /

N° du patient

/ / / / / / / / / /

N° DN

/ / / / / / / / / /

/ / / / / / / / / / / / / / / /
Jour Mois Année

/ / / /

/ /

/ / / / /

/ / / / /

/ / / / / / / / / / / / / / / /
Jour Mois Année

/ /

C / / / / . / / /
ICD-O-3

/ /

M / / / / / / / / / / / / / / / /
ICD-O-3

/ /

Tournez, SVP

MEDECIN OU BIOLOGISTE DECLARANT

PERSONNEL HABILITE DU REGISTRE DES CANCERS

Nom :

Etablissement/service :

Adresse :

Tel/Fax :

Signature / Tampon :

Nom et signature :

Date d'enregistrement :

/ / / . / / . / / / / /

IDENTITE DU PATIENT

1. NUMERO DN

/ / / / / / / / / /

2. NOM DE FAMILLE

.....

3. NOM D'EPOUSE

.....

4. PRENOMS

.....

5. DATE DE NAISSANCE

..... / /
Jour Mois Année

6. AGE (en années, à la date de diagnostic)

.....

7. SEXE

[1] Masculin

[2] Féminin

[9] Inconnu

/ /

8. DOMICILE

Rue

.....

Quartier

.....

Commune

.....

Ile

.....

9. COMMUNE DE NAISSANCE

.....

CARACTERISTIQUES DE LA TUMEUR PRIMITIVE

10. DATE DE DIAGNOSTIC

..... / /
Jour Mois Année

11. ARGUMENT **LE PLUS SÛR** DU DIAGNOSTIC DE CANCER (cochez la réponse exacte)

- [1] Clinique seule
- [2] Investigations cliniques (Radio, Ultrasons, etc.)
- [3] Chirurgie exploratrice ou autopsie sans examen histologique
- [4] Tests biochimiques spécifiques et/ou tests immunologiques
- [5] Cytologie ou hématologie
- [6] Histologie de la métastase
- [7] Histologie de la tumeur primaire
- [8] Autopsie associée à examen histologique ou histologie préalable
- [9] Inconnu
- [0] Certificat de décès

12. LOCALISATION de la tumeur primitive

.....

13. LATERALITE (pour les organes paires uniquement)

.....

- [1] Droit [2] Gauche [3] Bilatéral [8] Sans objet [9] Inconnu

14. MORPHOLOGIE (Histologie)

.....

.....

15. COMPORTEMENT

- [0] Bénin [2] In situ
- [1] Incertitude entre bénin et malin [3] Malin, site primaire

16. GRADE HISTOLOGIQUE

Tumeur générale

- [1] Grade 1, Bien différencié
 [2] Grade 2, Différenciation modérée
 [3] Grade 3, Peu différencié
 [4] Grade 4, Indifférencié
 [9] Indéterminé

Lymphomes et Leucémies

- [5] Cellule –T
 [6] Cellule –B
 [7] Cellule non T - non B (leucémies seulement)
 [8] Cellule tueuse

/ /

17. EXISTENCE DE PLUSIEURS LOCALISATIONS PRIMAIRES

- [1] Oui [2] Non [3] Inconnu

/ /

18. STADE CLINIQUE

Tumeur **T**
 Ganglion(s) **N**
 Métastase(s) **M**

cT / / cN / / cM / /
 pT / / pN / / pM / /

19. SCORES spécifiques à certaines tumeurs

- Gleason (prostate)
 - SBR (sein)
 - Stade FIGO **T** **N** **M**
 - Autres.....

TRAITEMENT

20. TYPES ET BUT DU TRAITEMENT

Curatif Palliatif Non précisé

Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Hormonothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Immunothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Curiethérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /
Autres traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /

21. LIEU DE TRAITEMENT

- Polynésie Française Evacuation Sanitaire

/ /

SUIVI

22. DATE DERNIERES NOUVELLES

...../...../.....
 Jour Mois Année

/ / /
 Jour Mois Année

23. STATUT VITAL AU DERNIER CONTACT

- [1] Vivant [2] Décédé [9] Inconnu

/ /

24. SI DECES : CAUSE DE DECES

- [1] Cancer [2] Autre que cancer [9] Inconnu

/ /

SOURCES D'INFORMATION

25. SOURCES

1 / Date 1/...../.....
 Jour Mois Année

2 / Date 2/...../.....
 Jour Mois Année

3 / Date 3/...../.....
 Jour Mois Année

4 / Date 4/...../.....
 Jour Mois Année

5 / Date 5/...../.....
 Jour Mois Année