

QUESTIONNAIRE : Tumeurs cutanées

Nom : **Prénom** :
Né(e) le : ----- / ----- / ----- **N° AVS** :

Date d'information * : ----- / ----- / -----
 * Date à laquelle le/la patient-e (ou son/sa représentant-e légal-e) a été informé-e que, sans opposition de son/sa part, ses données seront déclarées au registre pour y être enregistrées.

Date de confirmation de l'existence de la tumeur :
 ----- / ----- / -----

Origine du diagnostic : (ne cocher qu'une seule case)
 Signe d'appel clinique
 Découverte fortuite (lors de soins pour une autre cause)
 Surveillance
 Check-up / Dépistage opportuniste
 Autre :

Localisation précise :
Taille de la lésion :
Imagerie réalisée :

Ganglion(s) sentinelle(s) réséqué(s) le : ----- / ----- / -----
 prévu refusé non envisagé inconnu
Nb de ganglion(s) prélevé(s) :
Nb de ganglion(s) positif(s) :

Stade cTNM :
 cT :
 cN :
 Si c N+, localisation des métastases ganglionnaires régionales :

 cM :
 Si c M+, localisation des métastases à distance :

Si lymphome cutané, préciser le stade pertinent :
 Lugano :
 Autre :

Date de décision du 1^{er} traitement : ----- / ----- / -----

Tumorboard : oui non Date : ----- / ----- / -----

Traitements : (agissant directement sur la tumeur ou les métastases, cocher plusieurs cases si nécessaire)

➤ **Biopsie-exérèse** réalisée le ----- / ----- / -----
 prévue refusée non envisagée

➤ **Reprise chirurgicale** réalisée le ----- / ----- / -----
 prévue refusée non envisagée

➤ **Curage ganglionnaire** réalisé le ----- / ----- / -----
 prévu refusé non envisagé

Nb de ganglion(s) prélevé(s) :
Nb de ganglion(s) positif(s) :

➤ **Immunothérapie** débutée le ----- / ----- / -----

 prévue refusée en cours interrompue terminée

➤ **Thérapie ciblée** débutée le ----- / ----- / -----

 prévue refusée en cours interrompue terminée

➤ **Chimiothérapie** débutée le ----- / ----- / -----

 prévue refusée en cours interrompue terminée

➤ **Radiothérapie** débutée le ----- / ----- / -----

 prévue refusée en cours interrompue terminée

➤ **Autre traitement** débutée le ----- / ----- / -----

 prévue refusée en cours interrompue terminée

Finalité du traitement :
 curatif palliatif autre :

Récidive ou métastase(s) : Date : ----- / ----- / -----
 Localisation :

Médecin (signature ou tampon) :

Date : ----- / ----- / -----