

## 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<sup>er</sup> 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 :** ----- / ----- / -----