

[R – Règl. 24-7-06 – M.B. 31-8 ; R - Règl. 27-9-10 – M.B. 14-10 – art. 2] (°)
[Annexe 55]

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DU CANCER : NOUVEAU DIAGNOSTIC

Patient: Date de naissance:
N° national / N° organisme assureur: Sexe:

1. DATE D'INCIDENCE (JJ-MM-AAAA)
ordre de priorité décroissante: 1 = première confirmation histo/cyto, 2 = évaluation clinique/hospitalisation, 3 = décès

2. MOYEN DE DIAGNOSTIC (entourer, plusieurs items sont permis):
1 = autopsie (pas d'application pour la CMO) 5 = examen technique (ex. RX, endoscopie, ...)
2 = histologie tumeur primitive 6 = examen clinique
3 = histologie métastase 7 = marqueur tumoral (ex. PSA, HCG, AFP, Ig, ...)
4 = cytologie / hématologie 9 = inconnu

3. SCORE OMS DU DIAGNOSTIC (entourer)
0 = Asymptomatique, activité normale 3 = Symptomatique, alité > 50 p.c. de la journée
1 = Symptomatique, mais ambulante 4 = Complètement dépendant pour les soins, grabataire
2 = Symptomatique, alité < 50 p.c. de la journée

4. LOCALISATION DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir):

5. LATERALITE uniquement pour organes pairs (entourer): 1. gauche 2. droite 3. inconnu

6. DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE (remplir):

7. DEGRE DE DIFFERENCIATION (entourer): 1 = bien 2 = moyen 3 = peu 4 = indiff/anap 9 = inconnu

8. TNM CLINIQUE (UICC 2002): cT cN cM

9. TNM PATHOLOGIQUE (UICC 2002): pT pN pM

10. AUTRES TYPES DE STADE CLINIQUE (entourer):
1. Ann Arbor, [2], 3. Figo, 4. Salmon Dury, 5. Clark, 6. Breslow, autre (remplir):
Stade (remplir):

11. DATE DEBUT DU PREMIER TRAITEMENT (JJ-MM-AAAA):

12. TRAITEMENTS DEJA REÇUS:
remplir chronologiquement à partir de la date du premier traitement

--	--	--	--	--	--

10: chirurgie 15: greffe moelle osseuse 70: symptomatique
20: radiothérapie externe/curi-thérapie 30: isotopes 90: pas de thérapie
25: chimioradiothérapie concomitante 50: hormonothérapie 95: refus thérapie
40: chimiothérapie 60: immunothérapie 99: inconnu

80: autre forme de traitement (remplir):

13. PLAN DE TRAITEMENT ULTERIEUR (intention)
remplir les codes chronologiquement, voir point 12

--	--	--	--	--	--

14. JUSTIFICATION DE LA COM (indiquer)
 prise en charge d'un patient avec un nouveau diagnostic de cancer
 traitement oncologique qui s'écarte des lignes directrices écrites acceptés par le centre oncologique
 répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations
 chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire
 autre (remplir):

MEDECIN-COORDINATEUR (cachet)
Dr: N° INAMI:
Institution:
Etabli le:

(°) d'application à partir du 1-11-2010

Annexe 55 (suite)

CONSULTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

Patient:

N° national / N° organisme assureur:

Demandeur CMO: N° id. INAMI:

Coordinateur CMO: N° id. INAMI:

Participants CMO: 1) N° id. INAMI:

2) N° id. INAMI:

3) N° id. INAMI:

(Extramuros) 4) N° id. INAMI:

Je soussigné, certifie en tant que coordinateur de la concertation oncologique multidisciplinaire que les conditions des prestations n° 350276-350280, 350291-350302 et 350372-350383 ont été respectées et que le formulaire d'enregistrement annexé a été rempli.

Institution:

Date CMO:

Signature du coordinateur:

.....

Annexe 55 (suite)

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DU CANCER: FOLLOW-UP

Patient: Date de naissance:
N° national / N° organisme assureur: Sexe:

I) DONNEES DE LA TUMEUR PRIMITIVE

LOCALISATION DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir):

HISTOLOGIE DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir):

DATE D'INCIDENCE (JJ-MM-AAAA) (l'année seule suffit le cas échéant)

Ordre de priorité décroissante: 1=confirmation histo/cyto 2=hospitalisation/évaluation clinique

INTERVALLE LIBRE ? (entourer): OUI NON

DATE DE LA PREMIERE RECIDIVE (si intervalle libre) (JJ-MM-AAAA):

Ordre de priorité décroissante: 1=confirmation histo-cyto 2=hospitalisation/évaluation clinique

(entourer, plusieurs items sont permis): local régional métastases

II) PLAN DE TRAITEMENT EN RAISON DE LA PROBLEMATIQUE ACTUELLE (intention)

Remplir les codes chronologiquement

10: chirurgie	15: greffe moelle osseuse	70: symptomatique
20: radiothérapie externe/curiethérapie	30: isotopes	90: pas de thérapie
25: chimiodadiothérapie concomitante	50: hormonothérapie	95: refus de thérapie
40: chimiothérapie	60: immunothérapie	
80: autre forme de traitement (remplir)		

--	--	--	--	--	--

III) JUSTIFICATION DE LA COM (indiquer)

- prise en charge d'un patient avec une récurrence
- prise en charge d'une maladie progressive
- traitement oncologique qui s'écarte des lignes directrices écrites acceptés par le centre oncologique
- répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations
- chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire
- autres (remplir):

MEDECIN-COORDINATEUR (cachet)

Dr.: N° INAMI:

Institution:

Etabli le :