

Ce questionnaire sert à la documentation des patients du centre universitaire contre le cancer du poumon à l'hôpital de l'île à Berne.

Données du patient / Diagnostique initial le (jj/mm/aaaa) :

Nom		Prénom		Date de naissance	
-----	--	--------	--	-------------------	--

1. Données de base

Date du suivi (jj/mm/aaaa) :	
Diagnostic principal :	
Remarques générales	

2. Statut du patient

Patient vivant (oui/non):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Date des dernières nouvelles (jj/mm/aaaa):		
Patient décédé le (jj/mm/aaaa) :		État tumoral <input type="checkbox"/> Non dépendant de la tumeur <input type="checkbox"/>

3. Statut de la tumeur

NED (No evidence of Disease/ Absence de manifestation de la maladie)	<input type="checkbox"/>
CR (Compete Remission/ Rémission complète)	<input type="checkbox"/>
PR (Partial Response/ Rémission partielle (au moins 30%))	<input type="checkbox"/>
SD (Stable Disease/ Maladie stable)	<input type="checkbox"/>
PD (Progressive Disease/ Progression tumorale (au moins 20%))	<input type="checkbox"/>

4. Récidive de la tumeur/Progression de la tumeur

Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Dans l'affirmative :

Quand ? (jj/mm/aaaa)				
Récidive locale?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Récidive ganglionnaire régionale?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Tumeur métachrone?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Accroissement de la tumeur primaire (en absence d'opération) ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Métastases à distance ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Poumon	<input type="checkbox"/> Cerveau	<input type="checkbox"/> Foie	<input type="checkbox"/> le système squelettique	<input type="checkbox"/> Peau
<input type="checkbox"/> Moelle	<input type="checkbox"/> Métastases des ganglions lymphatiques	<input type="checkbox"/> Rate	<input type="checkbox"/> Surrénale	<input type="checkbox"/> Plèvre
<input type="checkbox"/> Péritoine	<input type="checkbox"/> Generalisiert	<input type="checkbox"/> Autres		

5. Coordonnées du médecin traitant

Nom	
Prénom	
Spécialité	
Rue / numéro	
Code postale/Commune de domicile	
Numéro de téléphone	
email:	

Date

Signature

Veilles renvoyer ce questionnaire rempli à LCC@sec.insel.ch