

ETUDE CANTO

n° ID RCB: 2011-A01095-36

ETUDE DES TOXICITES CHRONIQUES DES TRAITEMENTS ANTICANCEREUX CHEZ LES PATIENTES PORTEUSES DE CANCER DU SEIN LOCALISE

CRF Version 3.3 du 11/08/2017

Investigateur principal | _____ |

Nom du centre | _____ |

Numéro de centre | ____ |

Initiales patient | ____ | - | ____ |

Numéro d'enregistrement | ____ | - | ____ |

CRF annoté
Nom de variable
Nom de format
Codage

PROMOTEUR	Unicancer 101, rue de Tolbiac - 75654 PARIS CEDEX 13 - FRANCE Tel. +33 (0)1 44 23 04 04 - Fax +33 (0)1 44 23 55 69
------------------	--

ENREGISTREMENT

CANCER TOXICITIES

Date de naissance :

DTNAISS

Date de consentement :

DTCONS

Date d'enregistrement :

DTCREATION

CRITERES D'INCLUSION	Oui	Non	
1. Femme	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CI1
2. Agée de 18 ans et plus	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CI2
3. Présentant un cancer du sein infiltrant diagnostiqué par cytologie ou histologie	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CI3
4. Tumeurs cT0 à cT3, cN0-3	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CI4
5. Absence de preuve clinique de métastase au moment de l'inclusion	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CI5
6. Absence de traitement y compris chirurgical, reçu pour le cancer du sein en cours	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CI6
7. Patiente bénéficiant d'un régime de protection sociale	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CI7
8. Patiente maîtrisant la langue française	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CI8
9. Consentement libre et éclairé pour les prélèvements biologiques supplémentaires, les différents questionnaires et la collecte d'informations sur les consommations de ressources	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CI9

Si une case est cochée " NON ", la patiente ne peut être incluse dans l'étude

QUINON

CRITERES DE NON INCLUSION	Oui	Non	
1. Cancer du sein métastatique	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CNI1
2. Rechute locale de cancer du sein	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CNI2
3. Antécédents de cancer dans les 5 années précédant l'entrée dans l'essai autre qu'un baso-cellulaire cutané ou un épithélioma in situ du col utérin	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CNI3
4. Traitement déjà reçu pour le cancer du sein en cours	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CNI4
5. Transfusion sanguine effectuée depuis moins de 6 mois	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CNI5
6. Personnes privées de liberté ou sous tutelle (y compris la curatelle),	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	CNI6

Si une case est cochée " OUI " la patiente ne peut être incluse dans l'étude

QUINON

Je, soussigné Dr INVNAME

Investigateur sur le site CENTRE (Nom de l'institution), certifie que toutes les données reportées au bilan d'inclusion sont exactes et complètes.

Date :

DTSIGN

Signature : INVSIGN

BILAN D'INCLUSION - ANTECEDENTS PERSONNELS

CANCER TOXICITIES

Age 1^{ères} règles : | | | | **AGEREGLE_BI**

Date dernières règles : | | | | / | | | | / | | | | | **DTDERNREGLE_BI**

Nombre de grossesses : | | | | **NBGROSS**

Si différent de 0

Age premier accouchement : | | | | ans **AGEACCOUCH**

Nombre d'enfants : | | | | **NBENFANT**

Nombre de fille(s) : | | | | **NBFILLE**

Allaitement : **0** ☐ Non **1** ☐ Oui , si oui, Nombre d'enfants allaités : | | | | , durée : | | | | mois
ALLAIT **QUINON** **NBALLAIT** **DUREEALLAIT**

Statut hormonal: **1** ☐ Pré-ménopausée **2** ☐ Post ménopausée **HORMSTA** **STATUT_HORMONAL**

↳ **Si pré-ménopausée, contraception en cours :** **0** ☐ Non **1** ☐ Oui **CONT_BI** **QUINON**

Si oui, Type de contraception : **1** ☐ Hormonal **2** ☐ Mécanique **3** ☐ Autre **CONT** **TYPE_CONT**

Date d'introduction : | | | | / | | | | / | | | | | Autre, préciser : **OTHCONT**
DTCONT

↳ **Si post- ménopausée,**

Age à la ménopause : | | | | ans **AGEMENOP**

Prise d'un THS : **0** ☐ Non **1** ☐ Oui **THS** **QUINON**

Si Oui, Année d'introduction : | | | | | **ANNEBTHS** **OU** nb d'années de prise d'un THS
Année d'arrêt : | | | | | (si dates inconnues) : | | | | |
ANNFINTHS **NBANNTHS**

Antécédent personnels de chirurgie mammaire homolatérale : **0** ☐ Non **1** ☐ Oui **ANTCHIRHOM** **QUINON**

Si oui, préciser : **0** ☐ Bénin
1 ☐ Atypique **TYPANTCHIRHOM** **GRADE_CHIR**
2 ☐ Autre, préciser : **OTHANTCHIRHOM**

Antécédent personnel de chirurgie mammaire controlatérale : **0** ☐ Non **1** ☐ Oui **ANTCHIRCON** **QUINON**

Si oui, préciser : **0** ☐ Bénin
1 ☐ Atypique **TYPANTCHIRCON** **GRADE_CHIR**
2 ☐ Autre, préciser : **OTHANTCHIRCON**

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

--	--	--

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

BILAN D'INCLUSION - ANTECEDENTS PERSONNELS

CANCER TOXICITIES

Antécédent personnel néoplasique : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ANTNEO OUINON

Si oui,

Préciser : ☐ ANTNEO1 Année du diagnostic : ANNANTNEO1

☐ ANTNEO2 Année du diagnostic : ANNANTNEO2

1 sein controlatéral; 2 ovaire; 3 endomètre; 4 col utérin; 5 colon rectum; 6 poumon; 7 autre ANT_NEO

Si autre, préciser en clair : OTHANTNEO

Co morbidité : Index de Charlson : CHARLSON

Hospitalisation pour motifs psychiatriques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui PSYHOSP_BI OUINON

Si oui, Nombre d'hospitalisation : NBPSYHOSP_BI

Consommation de Tabac: 1 ☐ Fumeur 2 ☐ Ancien fumeur 3 ☐ Non-fumeur TABAC_BI TABAC

Si fumeur : Nombre de paquets-années : NBPA

Année de début : / / DTDEBTABAC

Si ancien fumeur : Année d'arrêt : / / DTFINTABAC

Consommation quotidienne d'alcool : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ALCOOL_BI OUINON

Consultation d'oncogériatrie : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONSONCO OUINON

BILAN D'INCLUSION - ANTECEDENTS FAMILIAUX

CANCER TOXICITIES

Nombre d'antécédents familiaux de cancer du sein :

1er degré (mère, sœur, fille) : | | | | NBANTECSEIN1

ANTECSEINPERE

ANTECSEINFRERE

ANTECSEINFILS

CNC

Préciser : 1 ☐ Mère 1 ☐ Père 1 ☐ Sœur 1 ☐ Frère 1 ☐ Fille 1 ☐ Fils 1 ☐ Inconnu

2ème degré (grand-mère, tante ou cousine maternelle, nièce, petite-fille...) : | | | | ANTECSEINMERE ANTECSEINSOEUR ANTECSEINFILLE ANTECSEININC

NBANTECSEIN2

Age au diagnostic des cas d'antécédents familiaux de cancer du sein : | | | | ans AGEANTECSEIN1

(Indiquer l'âge des 2 plus jeunes si plus de 2 cas dans la famille) | | | | ans AGEANTECSEIN2

Nombre d'antécédents familiaux de cancer (hors sein) :

1er degré (mère, sœur, fille) : | | | | NBANTECOTH1

Type : TYPANTEC11 | | | | 1=Ovaire ; 2=Endomètre ; 3=Col utérin ; 4=Colon/rectum

TYPANTEC12 | | | | 5=Poumon ; 6=Autre ; 7=Cérébral ; 8=Estomac ; 9=Foie

TYPANTEC13 | | | | 10=Intestin ; 11=Leucémie ; 12=Lymphome ; 13=Peau

TYPANTEC14 | | | | 14=Œsophage ; 15=Pancréas ; 16=Prostate ; 17=Rein

TYPANTEC15 | | | | 18=Thyroïde ; 19=Vessie TYPE_CANCER

Si autre préciser en clair : TYPANTECOTH1

2ème degré (grand-mère, tante ou cousine maternelle, nièce, petite-fille...) : | | | | NBANTECOTH2

Type : TYPANTEC21 | | | | 1=Ovaire ; 2=Endomètre ; 3=Col utérin ; 4=Colon/rectum

TYPANTEC22 | | | | 5=Poumon ; 6=Autre ; 7=Cérébral ; 8=Estomac ; 9=Foie

TYPANTEC23 | | | | 10=Intestin ; 11=Leucémie ; 12=Lymphome ; 13=Peau

TYPANTEC24 | | | | 14=Œsophage ; 15=Pancréas ; 16=Prostate ; 17=Rein

TYPANTEC25 | | | | 18=Thyroïde ; 19=Vessie TYPE_CANCER

Si autre préciser en clair : TYPANTECOTH2

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

--	--	--

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

BILAN D'INCLUSION - ANTECEDENTS MEDICAUX ET/OU CHIRURGICAUX

CANCER TOXICITIES

Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux et pathologies associées

Présence d'antécédents ou de pathologies associées : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ANTECMED QUINON

Si oui, compléter ci-dessous :

Système / organe / type	Présence 0=non 1=oui	Préciser	En cours 0=non 1=oui	Traitement en cours* 0=non 1=oui
Tête, yeux, ORL	ORL1	ORL2	ORL_EC	ORL_TT
Cardiovasculaire	CARDIO1	CARDIO2	CARDIO_EC	CARDIO_TT
Circulation périphérique	CIRC1	CIRC2	CIRC_EC	CIRC_TT
Respiratoire	RESP1	RESP2	RESP_EC	RESP_TT
Gastrointestinal	GASTRO1	GASTRO2	GASTRO_EC	GASTRO_TT
Rénal	RENAL1	RENAL2	RENAL_EC	RENAL_TT
Hépatobiliaire	HEPAT1	HEPAT2	HEPAT_EC	HEPAT_TT
Endocrine, Métabolique	ENDO1	ENDO2	ENDO_EC	ENDO_TT
Musculaire	MUSC1	MUSC2	MUSC_EC	MUSC_TT
Os / Articulation	ARTIC1	ARTIC2	ARTIC_EC	ARTIC_TT
Urogenital	URO1	URO2	URO_EC	URO_TT
Hématologique, Lymphatique	HEMAT1	HEMAT2	HEMAT_EC	HEMAT_TT
Dermatologique	DERMA1	DERMA2	DERMA_EC	DERMA_TT
Neurologique	NEURO1	NEURO2	NEURO_EC	NEURO_TT
Psychiatrique	PSY1	PSY2	PSY_EC	PSY_TT
Allergies	ALLER1	ALLER2	ALLER_EC	ALLER_TT
Gynécologique	GYNECO1	GYNECO2	GYNECO_EC	GYNECO_TT
Cancer	CANCER1	CANCER2	CANCER_EC	CANCER_TT
Autre	OTHPATH11	OTHPATH12	OTHPATH1_EC	OTHPATH1_TT
Autre	OTHPATH21	OTHPATH22	OTHPATH2_EC	OTHPATH2_TT
Autre	OTHPATH31	OTHPATH32	OTHPATH3_EC	OTHPATH3_TT
Autre	OTHPATH41	OTHPATH42	OTHPATH4_EC	OTHPATH4_TT
Autre	OTHPATH51	OTHPATH52	OTHPATH5_EC	OTHPATH5_TT

*Reporter le traitement dans la fiche des Traitements Concomitants

QUINON

QUINON

QUINON

BILAN D'INCLUSION - ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES

CANcer TOxicities

Antécédents gynécologiques spécifiques	Présence	Traitement en cours*
Sécheresse vaginale	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, 1 <input type="checkbox"/> Modérée 2 <input type="checkbox"/> Intense SECHVAG_BI OUI NON INTSECHVAG_BI INTENS	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui TTSECHVAG_BI
Leucorrhées	1 <input type="checkbox"/> Jamais 2 <input type="checkbox"/> Peu fréquentes 3 <input type="checkbox"/> Très fréquentes LEUCOR_BI LEUCOR	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui TTLEUCOR_BI
Saignements	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui SAIGNEM_BI OUI NON	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui TTSAIGNEM_BI
Infections gynécologiques	0 <input type="checkbox"/> Jamais 1 <input type="checkbox"/> < 1 mois 2 <input type="checkbox"/> > 1 mois INFGYN_BI INFGYN	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui TTINFGYN_BI
Bouffées de chaleur	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui BOUFF_BI OUI NON	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui TTBOUFF_BI
Sueurs nocturnes réveillant la patiente	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui SUEUR_BI OUI NON	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui TTSUEUR_BI

OUI NON

*Reporter le traitement dans la fiche des Traitements Concomitants

BILAN D'INCLUSION - ANTECEDENTS RHUMATOLOGIQUES

CANcer TOxicities

Syndrome symptomatologique du canal carpien : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CANALCARP_BI OUI NON

Si oui : côté : 1 ☐ Droit 2 ☐ Gauche 3 ☐ Les 2 cotés COTECANALCARP_BI
CANAL_CARPIEN

Ostéoporose connue : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui OSTEOP_BI OUI NON

Fracture osseuse : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui FRACT_BI OUI NON

BILAN D'INCLUSION – DIAGNOSTIC / ANATOMOPATHOLOGIE / BIOLOGIE TUMORALE

CANcer TOxiciTés

Premier diagnostic :

Date du diagnostic : ____/____/____ DTDIAG

Circonstances du diagnostic :
 1 ☐ Examen clinique
 2 ☐ Dépistage organisé CIRCDIAG CIRC_DIAG
 3 ☐ Dépistage individuel
 4 ☐ Autre, préciser : _____ OTHCIRCDIAG

Localisation : 1 ☐ Sein gauche 2 ☐ Sein droit 3 ☐ Bilatérale LOC LOC

SEIN GAUCHE

Forme : FORME_G FORME_TUMEUR NBFOYER_G
 1 ☐ Unifocale 2 ☐ Multifocale Si multifocale, nombre de foyers : ____
 Rétractation du mamelon 0 ☐ Non 1 ☐ Oui RETRACT_G OUINON
 Signe du capiton 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CAPITON_G OUINON
 Taille clinique (mm) : ____ TAILLECLIN_G
 Classification : 0 ☐ T0 1 ☐ T1 2 ☐ T2 3 ☐ T3 X ☐ TX (non évaluable) CLASSIF_G STADE_T
 Atteinte ganglionnaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ATTEINTE_G OUINON
 Si oui : N clinique : 1 ☐ N1 2 ☐ N2 3 ☐ N3 X ☐ NX (non évaluable) NCLIN_G STADE_N

SEIN DROIT

Forme : FORME_D FORME_TUMEUR NBFOYER_D
 1 ☐ Unifocale 2 ☐ Multifocale Si multifocale, nombre de foyers : ____
 Rétractation du mamelon 0 ☐ Non 1 ☐ Oui RETRACT_D OUINON
 Signe du capiton 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CAPITON_D OUINON
 Taille clinique (mm) : ____ TAILLECLIN_D
 Classification : 0 ☐ T0 1 ☐ T1 2 ☐ T2 3 ☐ T3 X ☐ TX (non évaluable) CLASSIF_D STADE_T
 Atteinte ganglionnaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ATTEINTE_D OUINON
 Si oui : N clinique : 1 ☐ N1 2 ☐ N2 3 ☐ N3 X ☐ NX (non évaluable) NCLIN_D STADE_N

BILAN D'INCLUSION – DIAGNOSTIC/ANATOMOPATHOLOGIE/ BIOLOGIE TUMORALE INITIALE AU DIAGNOSTIC

CANCER TOXICITIES

SEIN GAUCHE

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

HISTO_G_BI APPLICABLE

HISTOLOGIE sur biopsie

Type de matériel : 1 ☐ Microbiopsie 2 ☐ Macrobiopsie 3 ☐ Cytoponction MATERIEL_G MATERIEL

CIM O3 : | | | | | | | | | | | | CIM03_G_BI

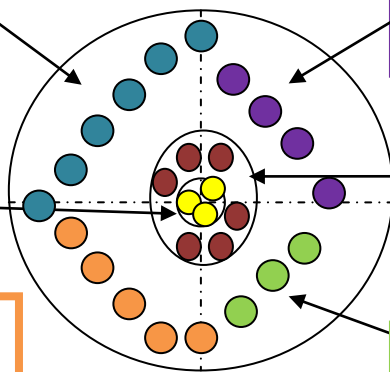
Siège de la lésion : SIEGE_G_BI SIEGE_LESION

- ☐ 6-prolongement axillaire
☐ 7-région profonde du sein/plusieurs quadrants atteints/sillon sous-mammaire
☐ 8-sein sans autre indication

☐ 2-Q supéro-interne/union des Q internes/union des Q sup

☐ 0-mamelon/aréole

☐ 3-Q inféro-interne/union des Q inf



☐ 4-Q supéro-externe/Union des Q externes

☐ 1-région centrale/rétro mamelonnaire

☐ 5-Q inféro-externe

Cancer infiltrant : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INFILTR_G_BI OUINON

Si oui, type de cancer infiltrant : 1 ☐ Canalaire 2 ☐ Lobulaire 3 ☐ Mixte (canalaire+lobulaire)
TYPINFILTR_G_BI TYP_INFILTR
4 ☐ Autre, préciser : OTHINFILTR_G_BI

Grade histopronostique :

Type de grading : 1 ☐ SBR 2 ☐ Elston Ellis 3 ☐ Nottingham TYPGRADE_G_BI TYPGRADE

Grade : 1 ☐ Grade 1 2 ☐ Grade 2 3 ☐ Grade 3 GRADE_G_BI GRADE_HISTO

Différenciation tissulaire : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 DIFF_G_BI

Pléiomorphisme tissulaire : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 PLEIO_G_BI

Index mitotique : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 INDEX_G_BI

Contingent in situ associé : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTING_G_BI OUINON

Si oui, Type canalaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CANAL_G_BI OUINON

Type lobulaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui LOBUL_G_BI OUINON

BILAN D'INCLUSION – DIAGNOSTIC/ANATOMOPATHOLOGIE/ BIOLOGIE TUMORALE INITIALE AU DIAGNOSTIC

CANcer TOxicities

SEIN GAUCHE

Biologie sur biopsie : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui **BIOPSIE_G_BI** **OUINON**

Si oui :

↳ **Récepteurs hormonaux :**

RE : 0 ☐ Négatif 1 ☐ Positif **RE_G_BI** **POSNEG**

Pourcentage de cellules marquées : | | | | | % **POURCRE_G_BI**

Intensité : | | | **INTENSRE_G_BI**

RP : 0 ☐ Négatif 1 ☐ Positif **RP_G_BI** **POSNEG**

Pourcentage de cellules marquées : | | | | | % **POURCRP_G_BI**

Intensité : | | | **INTENSRP_G_BI**

↳ **Méthode :** 1 ☐ Immunohistochimique 2 ☐ Biochimique **METHOD_G_BI** **METHODE**

↳ **Expression de HER2 :** 0 ☐ Négatif 1 ☐ Positif **HER2_G_BI** **POSNEG**

Immunohistochimie : 0 ☐ 0 1 ☐ 1+ 2 ☐ 2+ 3 ☐ 3+ **IMMUNO_G_BI** **IMMUNO**

Méthode FISH : 1 ☐ Amplifié 2 ☐ Non amplifié **FISH_G_BI** **FISH**

↳ **Ki67 :** 0 ☐ Non fait 1 ☐ Fait **KI67_G_BI** **OUINON**

Si fait, pourcentage de cellules marquées : | | | | | % **POURCKI67_G_BI**

↳ **Tests génomiques :** 0 ☐ Non fait 1 ☐ Fait **GENOM_G_BI** **OUINON**

Si fait, préciser 1 ☐ Oncotype DX 2 ☐ Grade génomique 3 ☐ Mammaprint
TYPGENOM_G_BI **TEST_GENOMIQUE**

4 ☐ Autre, préciser : **OTHGENOM_G_BI**

Résultat (en clair) : **RESGENOM_G_BI**

BILAN D'INCLUSION – DIAGNOSTIC/ANATOMOPATHOLOGIE/ BIOLOGIE TUMORALE INITIALE AU DIAGNOSTIC

CANCER TOXICITIES

SEIN DROIT

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

HISTO_D_BI APPLICABLE

HISTOLOGIE sur biopsie

Type de matériel : 1 ☐ Microbiopsie 2 ☐ Macrobiopsie 3 ☐ Cytoponction MATERIEL_D MATERIEL

CIM O3 : | | | | | | | | | | | | CIM03_D_BI

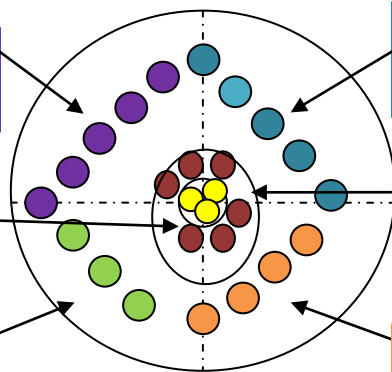
Siège de la lésion : SIEGE_D_BI SIEGE_LESION

- ☐ 6-prolongement axillaire
☐ 7-région profonde du sein/plusieurs quadrants atteints/sillon sous-mammaire
☐ 8-sein sans autre indication

☐ 4-Q supéro-externe/
Union des Q externes

☐ 0-mamelon/aréole

☐ 5-Q inféro-externe



☐ 2-Q supéro-interne/union des
Q internes/union des Q sup

☐ 1-région centrale/rétro
mamelonnaire

☐ 3-Q inféro-interne/union des Q inf

Cancer infiltrant : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INFILTR_D_BI QUINON

Si oui, type de cancer infiltrant : 1 ☐ Canalaire 2 ☐ Lobulaire 3 ☐ Mixte (canalaire+lobulaire)
TYPINFILTR_D_BI TYP_INFILTR
4 ☐ Autre, préciser: OTHINFILTR_D_BI

Grade histopronostique :

Type de grading : 1 ☐ SBR 2 ☐ Elston Ellis 3 ☐ Nottingham TYPGRADE_D_BI TYPGRADE

Grade : 1 ☐ Grade 1 2 ☐ Grade 2 3 ☐ Grade 3 GRADE_D_BI GRADE_HISTO

Différenciation tissulaire : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 DIFF_D_BI

Pléiomorphisme tissulaire : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 PLEIO_D_BI

Index mitotique : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 INDEX_D_BI

Contingent in situ associé : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTING_D_BI QUINON

Si oui, Type canalaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CANAL_D_BI QUINON

Type lobulaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui LOBUL_D_BI QUINON

BILAN D'INCLUSION – DIAGNOSTIC/ANATOMOPATHOLOGIE/ BIOLOGIE TUMORALE INITIALE AU DIAGNOSTIC

CANCER TOXICITIES

SEIN DROIT

Biologie sur biopsie : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui **BIOPSIE_D_BI** **QUINON**

Si oui :

↳ **Récepteurs hormonaux :**

RE : 0 ☐ Négatif 1 ☐ Positif **RE_D_BI** **POSNEG**

Pourcentage de cellules marquées : | | | | % **POURCRE_D_BI**

Intensité : | | | **INTENSRE_D_BI**

RP : 0 ☐ Négatif 1 ☐ Positif **RP_D_BI** **POSNEG**

Pourcentage de cellules marquées : | | | | % **POURCRP_D_BI**

Intensité : | | | **INTENSRP_D_BI**

↳ **Méthode :** 1 ☐ Immunohistochimique 2 ☐ Biochimique **METHOD_D_BI** **METHODE**

↳ **Expression de HER2 :** 0 ☐ Négatif 1 ☐ Positif **HER2_D_BI** **POSNEG**

Immunohistochimie : 0 ☐ 0 1 ☐ 1+ 2 ☐ 2+ 3 ☐ 3+ **IMMUNO_D_BI** **IMMUNO**

Méthode FISH : 1 ☐ Amplifié 2 ☐ Non amplifié **FISH_D_BI** **FISH**

↳ **Ki67 :** 0 ☐ Non fait 1 ☐ Fait **KI67_D_BI** **QUINON**

Si fait, pourcentage de cellules marquées : | | | | % **POURCKI67_D_BI**

↳ **Tests génomiques :** 0 ☐ Non fait 1 ☐ Fait **GENOM_D_BI** **QUINON**

Si fait, préciser 1 ☐ Oncotype DX 2 ☐ Grade génomique 3 ☐ Mammaprint
TYPGENOM_D_BI **TEST_GENOMIQUE**

4 ☐ Autre, préciser : **OTHGENOM_D_BI**

Résultat (en clair) : **RESGENOM_D_BI**

____|____|____|____|____|____|

____|____|

____|____|____|____|____|____|

BILAN D'INCLUSION - EXAMEN CLINIQUE

CANCER TOXICITIES

Date de l'examen : ____|____| / ____|____| / 20 ____|____| DTEXAM_BI

Etat général ECOG : ____| ECOG_BI

Poids : ____|____| , ____|____| kg POIDS_BI

Taille : ____|____| cm TAILLE

IMC (poids/taille²) : ____|____| kg/m² IMC_BI

Taille soutien-gorge : ____|____| TAILLESG Bonnet : ____| BONNET BONNET

Bras dominant : 1 ☐ Gauche 2 ☐ Droit BRASDOM BRAS_DOMINANT

BILAN D'INCLUSION - EXAMEN PARACLINIQUE

CANCER TOXICITIES

Les examens doivent être réalisés au plus tard la veille de la chimiothérapie

FEVG : Examen réalisé : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui FEVG_BI OUI NON

Si oui, date de réalisation : ____|____| / ____|____| / 20 ____|____| DTFEVG_BI

Méthode utilisée : 1 ☐ Isotopique (MUGA) 2 ☐ Echographique METHODFEVG_BI
La méthode utilisée devra rester la même tout au long de l'étude METHODE_FEVG

Résultat ____|____| % RESFEVG_BI

BILAN D'INCLUSION - EXAMENS BIOLOGIQUES

CANCER TOXICITIES

Les examens biologiques doivent être réalisés avant le premier traitement

BILAN HEMATOLOGIQUE DTBILANHEMATO_BI		Valeurs ⁽²⁾	Unités UNIT+nomvar	Normales laboratoire NORMINF/SUP +nomvar
Date prélèvement ¹	_ _ _ _ _ _ _ 20 _ _ _ _			
Hémoglobine	HEMO_BI	1 mmol/L 2 g/dL 3 g/L		UNT_HEMO
Plaquettes	PLAQ_BI	1 10 ⁹ /L 2 /mm ³ 3 G/L		UNT_LYMP
Neutrophiles	NEUT_BI	1 10 ⁹ /L 2 /mm ³ 3 G/L		UNT_LYMP
Lymphocytes	LYMP_BI	1 10 ⁹ /L 2 /mm ³ 3 G/L		UNT_LYMP
BILAN HEPATIQUE DTBILANHEPAT_BI		Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹	_ _ _ _ _ _ _ 20 _ _ _ _			
Bilirubine	BILI_BI	1 µmol/L 2 mg/L		UNT_BILI
ALAT/SGPT	ALAT_BI	1 UI/L		UNT_FSH
ASAT/SGOT	ASAT_BI	1 UI/L		UNT_FSH
Phosphatases alcalines	PHOS_BI	1 UI/L		UNT_FSH
γGT	gGT_BI	1 UI/L		UNT_FSH
IONOGRAMME DTBILANIONO_BI		Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹	_ _ _ _ _ _ _ 20 _ _ _ _			
Glycémie à jeun	GLYC_BI	1 µmol/L 2 mmol/L 3 g/L		UNT_GLYC
25 OH vit D3	25OH_BI	1 µg/L 2 ng/mL 3 g/L 4 nmol/L 5 UI/L		UNT_25OH
Troponine	TROP_BI	1 µg/L 2 g/L 3 µg/mL 4 ng/L		UNT_TROPO
BNP	BNP_BI	1 pg/mL 2 pg/L		UNT_BNP
Calcémie	CALC_BI	1 mmol/L 2 mg/L		UNT_CALC
Phosphorémie	PHOSP_BI	1 µmol/L 2 mmol/L 3 mg/L		UNT_PHOSP
Cholestérolémie totale	CHOL_BI	1 mmol/L 2 g/L		UNT_LDL
LDL	LDL_BI	1 mmol/L 2 g/L		UNT_LDL
HDL	HDL_BI	1 mmol/L 2 g/L		UNT_LDL
Triglycéridémie	TRIG_BI	1 mmol/L 2 g/L		UNT_LDL
Albuminémie	ALBU_BI	1 g/L		UNT_ALBU
BILAN RENAL DTBILANRENAL_BI		Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹	_ _ _ _ _ _ _ 20 _ _ _ _			
Créatinine	CREA_BI	1 mg/dL 2 µmol/L		UNT_CREAT
Clearance créatinine (Cockcroft)	CLEA_BI	mL/min		
BILAN OVARIEN DTBILANOVAR_BI		Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹	_ _ _ _ _ _ _ 20 _ _ _ _			
FSH	FSH_BI	1 UI/L		UNT_FSH
LH	LH_BI	1 UI/L		UNT_FSH
Oestradiolémie	OEST_BI	1 ng/L 2 pmol/L 3 UI/L		UNT_OEST

(1) lorsque plusieurs prélèvements ont été effectués, reporter uniquement la date du dernier prélèvement

(2) notez NK si l'analyse est «non faite» / (3) si <X notez [0 – X], si >X notez [X – 999]

BILAN D'INCLUSION – PROBLEMES INFECTIEUX

CANCER TOXICITIES

Dans l'année écoulée

Vaccination contre la grippe : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui VACCIN_BI OUINON

Prise de traitements préventifs des infections hivernales : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui PRISETT_BI OUINON

Si oui, préciser TTPREV_BI

Nombre d'épisodes de fièvre : ____ NBEPISOD_BI

Dont :
-Grippe : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui GRIPPE_BI OUINON
-Infections ORL, angines incluses : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INFECTORL_BI OUINON
-Infections urinaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INFECTURIN_BI OUINON

Nombre de gastroentérites : ____ NBGASTRO_BI

Autres infections sans fièvre : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui OTHINFECT_BI OUINON

Si oui, préciser : OTHINFECT1_BI / OTHINFECT2_BI / OTHINFECT3_BI

BILAN D'INCLUSION – CONSULTATIONS

CANCER TOXICITIES

Dans l'année écoulée :

Consultation d'un professionnel de santé : 0 ☐ 0 fois 1 ☐ 1 à 5 fois 2 ☐ 6 à 10 3 ☐ Plus de 10 fois
NBCONS_BI NBCONS

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

--	--

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

BILAN D'INCLUSION – QUESTIONNAIRES

CANCER TOXICITIES

Questionnaires QDV et Psychologiques

Questionnaire "Votre santé" complété : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui QUESTSANTE_BI QUINON

DTQUESTSANTE_BI

Si oui, date : |__|__| / |__|__| / 20 |__|__|

Questionnaires socio-économiques

Questionnaire "Votre situation sociale" complété : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui QUESTSOC_BI QUINON

DTQUESTSOC_BI

Si oui, date : |__|__| / |__|__| / 20 |__|__|

La patiente a-t-elle bénéficié d'un tutorat d'aide au remplissage des questionnaires de l'étude :

0 ☐ Non 1 ☐ Oui TUT_BI QUINON

CHIRURGIE

CANCER TOXICITIES

SEIN GAUCHE

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

APPLICHIR_G APPLICABLE

Chirurgie : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CHIR_G QUINON

Si non, raison : 1 ☐ Refus 2 ☐ Contre-indication RAISONCHIR_G RAISON

Si contre-indication, préciser : CONTREINDIC_G

Si oui,

Type de Chirurgie :	Effectuée 0=non 1=oui	Date	Etablissement / département 1=Au centre 2=Extérieur - clinique privée 3=Extérieur - centre hospitalier	
1/ Extraction prothèse mammaire	EXTRAC_G	DTEXTRAC_G	ETABEXTRAC_G	DPTEXTRAC_G
2/ Tumorectomie	TUMOR_G	DTTUMOR_G	ETABTUMOR_G	DPTTUMOR_G
3/ Quadrantectomie	QUADRA_G	DTQUADRA_G	ETABQUADRA_G	DPTQUADRA_G
4/ Mastectomie radicale	MASTR_G	DTMASTR_G	ETABMASTR_G	DPTMASTR_G
5/ Mastectomie sous-cutanée	MASTSC_G	DTMASTSC_G	ETABMASTSC_G	DPTMASTSC_G
6/ Reconstruction mammaire immédiate	RECONS_G	DTRECONS_G	ETABRECONS_G	DPTRECONS_G
7/ Curage axillaire	CURAGE_G	DTCURAGE_G	ETABCURAGE_G	DPTCURAGE_G
8/ Curage sus-claviculaire	CURASC_G	DTCURASC_G	ETABCURASC_G	DPTCURASC_G
9/ Curage chaîne mammaire interne	CURACM_G	DTCURACM_G	ETABCURACM_G	DPTCURACM_G
10/ Reprise chirurgicale	REPRIS_G	DTREPRIS_G	ETABREPRIS_G	DPTREPRIS_G
11/ Ganglion sentinelle	GANGLS_G	DTGANGLS_G	ETABGANGLS_G	DPTGANGLS_G

QUINON

Complications post opératoires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui COMP_G QUINON

TYPCOMP_G TYPE_COMP

Si oui, type de complications : 1 ☐ Abscès 2 ☐ Reprise opératoire 3 ☐ Ponction(s) d'un lymphocèle

7 ☐ Autres : Préciser : OTHYPCOMP_G

En cas de ponction, nombre de ponction(s) réalisée(s) : | |

NBPONCT_G

Mise en place d'un drain de Redon : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui REDON_G QUINON

Si oui, nombre de jours : | | NBJOURS_G

CHIRURGIE

CANCER TOXICITIES

SEIN DROIT

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

APPLICHIR_D APPLICABLE

Chirurgie : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CHIR_D QUINON

Si non, raison : 1 ☐ Refus 2 ☐ Contre-indication RAISONCHIR_D RAISON

Si contre-indication, préciser : CONTREINDIC_D

Si oui,

Type de Chirurgie :	Effectuée 0=non 1=oui	Date	Etablissement / département 1=Au centre 2=Extérieur - clinique privée 3=Extérieur - centre hospitalier	
1/ Extraction prothèse mammaire	EXTRAC_D	DTEXTRAC_D	ETABEXTRAC_D	DPTEXTRAC_D
2/ Tumorectomie	TUMOR_D	DTTUMOR_D	ETABTUMOR_D	DPTTUMOR_D
3/ Quadrantectomie	QUADRA_D	DTQUADRA_D	ETABQUADRA_D	DPTQUADRA_D
4/ Mastectomie radicale	MASTR_D	DTMASTR_D	ETABMASTR_D	DPTMASTR_D
5/ Mastectomie sous-cutanée	MASTSC_D	DTMASTSC_D	ETABMASTSC_D	DPTMASTSC_D
6/ Reconstruction mammaire immédiate	RECONS_D	DTRECONS_D	ETABRECONS_D	DPTRECONS_D
7/ Curage axillaire	CURAGE_D	DTCURAGE_D	ETABCURAGE_D	DPTCURAGE_D
8/ Curage sus-claviculaire	CURASC_D	DTCURASC_D	ETABCURASC_D	DPTCURASC_D
9/ Curage chaîne mammaire interne	CURACM_D	DTCURACM_D	ETABCURACM_D	DPTCURACM_D
10/ Reprise chirurgicale	REPRIS_D	DTREPRIS_D	ETABREPRIS_D	DPTREPRIS_D
11/ Ganglion sentinelle	GANGLS_D	DTGANGLS_D	ETABGANGLS_D	DPTGANGLS_D

QUINON

Complications post opératoires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui COMP_D QUINON

TYPCOMP_D TYPE_COMP

Si oui, type de complications : 1 ☐ Absès 2 ☐ Reprise opératoire 3 ☐ Ponction(s) d'un lymphocèle

7 ☐ Autres : Préciser : OTHYPCOMP_D

En cas de ponction, nombre de ponction(s) réalisée(s) : |__|__|

NBPONCT_D

Mise en place d'un drain de Redon : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui REDON_D QUINON

Si oui, nombre de jours : |__|__| NBJOURS_D

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

--	--	--

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

ESSAI CLINIQUE

CANCER TOXICITIES

Participation à un essai clinique : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui **ESSAICLINIQ** **QUINON**

Si oui :

① Acronyme protocole : **ACRONYME1**

Bras de traitement (NA si pas de bras) :

BRASTT1

② Acronyme protocole : **ACRONYME2**

Bras de traitement (NA si pas de bras) :

BRASTT2

③ Acronyme protocole : **ACRONYME3**

Bras de traitement (NA si pas de bras) :

BRASTT3

④ Acronyme protocole : **ACRONYME4**

Bras de traitement (NA si pas de bras) :

BRASTT4

CHIMIOThERAPIE (hors traitement ciblé)

CANcer Toxicités

Chimiothérapie : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CHIMIO OUINON

Si non, raison : 1 ☐ Refus 2 ☐ Contre-indication 3 ☐ Absence d'indication 4 ☐ Autre 5 ☐ Non spécifié
Autre en clair : OTHRAISONCHIMIO RAISONCHIMIO RAISON_NON

Chimiothérapie adjuvante : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CHIMIOADJ OUINON

Nombre de cycles programmés : | | | NBCYCLE_ADJ

Date du 1er cycle : | | | / | | | / | | | DTDEBCYCLE_ADJ Date du dernier cycle : | | | / | | | / | | | DTFINCYCLE_ADJ

Type de chimio (nom du protocole) : TYPCHOMIO_ADJ

1 ☐ Mono séquentielle 2 ☐ Bi séquentielle SEQCHIMIO_ADJ SEQ

SEQ1_ADJ SEQCHIMIO

1^{ère} séquence : 1 ☐ FEC100 2 ☐ FAC 3 ☐ AC 4 ☐ ET 5 ☐ T 6 ☐ Autre : OTHSEQ1_ADJ

2^{ème} séquence : 1 ☐ FEC100 2 ☐ FAC 3 ☐ AC 4 ☐ ET 5 ☐ T 6 ☐ Autre : OTHSEQ2_ADJ
SEQ2_ADJ SEQCHIMIO

Dose mg/m ²	Dose Cycle 1	Dose Cycle 2	Dose Cycle 3	Dose Cycle 4	Dose Cycle 5	Dose Cycle 6	Dose Cycle 7	Dose Cycle 8
Drogue								
DROGUE1_ADJ	DOSE11_ADJ	DOSE12_ADJ	DOSE13_ADJ	DOSE14_ADJ	DOSE15_ADJ	DOSE16_ADJ	DOSE17_ADJ	DOSE18_ADJ
DROGUE2_ADJ	DOSE21_ADJ	DOSE22_ADJ	DOSE23_ADJ	DOSE24_ADJ	DOSE25_ADJ	DOSE26_ADJ	DOSE27_ADJ	DOSE28_ADJ
DROGUE3_ADJ	DOSE31_ADJ	DOSE32_ADJ	DOSE33_ADJ	DOSE34_ADJ	DOSE35_ADJ	DOSE36_ADJ	DOSE37_ADJ	DOSE38_ADJ
DROGUE4_ADJ	DOSE41_ADJ	DOSE42_ADJ	DOSE43_ADJ	DOSE44_ADJ	DOSE45_ADJ	DOSE46_ADJ	DOSE47_ADJ	DOSE48_ADJ
DROGUE5_ADJ	DOSE51_ADJ	DOSE52_ADJ	DOSE53_ADJ	DOSE54_ADJ	DOSE55_ADJ	DOSE56_ADJ	DOSE57_ADJ	DOSE58_ADJ
DROGUE6_ADJ	DOSE61_ADJ	DOSE62_ADJ	DOSE63_ADJ	DOSE64_ADJ	DOSE65_ADJ	DOSE66_ADJ	DOSE67_ADJ	DOSE68_ADJ

Réduction de doses au cours d'un ou plusieurs cycles : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui REDUCDOSE_ADJ OUINON

Si oui, préciser nb de cycles : | | | REDUCCYCLE_ADJ

Facteurs de croissance granulocytaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui FACTCROISS_ADJ OUINON

Date de début : | | | / | | | / | | | DTDEBFACTCROISS_ADJ Date de fin : | | | / | | | / | | | DTFINFACTCROISS_ADJ

Si oui, facteur de croissance prescrit 1 ☐ Neupogen 2 ☐ Neulasta 3 ☐ Granocyte 4 ☐ Autre

Préciser autre : OHTFACTCROISS_ADJ TYPFACTCROISS_ADJ RAISON_NON

EPO : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EPO_ADJ OUINON

CHIMIOThERAPIE (hors traitement ciblé)

CANcer TOxicities

Chimiothérapie néo-adjuvante : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CHIMIONEO QUINON

Nombre de cycles programmés : | | | | NBCYCLE_NEO

DTDEBCYCLE_NEO

DTFINCYCLE_NEO

Date du 1er cycle : | | | / | | | / | | | | Date du dernier cycle : | | | / | | | / | | | |

Type de chimio (nom du protocole) : TYPCHOMIO_NEO

1 ☐ Mono séquentielle 2 ☐ Bi séquentielle SEQCHIMIO_NEO SEQ

SEQ1_NEO SEQCHIMIO

1^{ère} séquence : 1 ☐ FEC100 2 ☐ FAC 3 ☐ AC 4 ☐ ET 5 ☐ T 6 ☐ Autre : OTHSEQ1_NEO

2^{ème} séquence : 1 ☐ FEC100 2 ☐ FAC 3 ☐ AC 4 ☐ ET 5 ☐ T 6 ☐ Autre : OTHSEQ2_NEO

SEQ2_NEO SEQCHIMIO

Dose mg/m ²	Dose Cycle 1	Dose Cycle 2	Dose Cycle 3	Dose Cycle 4	Dose Cycle 5	Dose Cycle 6	Dose Cycle 7	Dose Cycle 8
Drogue								
DROGUE1_NEO	DOSE11_NEO	DOSE12_NEO	DOSE13_NEO	DOSE14_NEO	DOSE15_NEO	DOSE16_NEO	DOSE17_NEO	DOSE18_NEO
DROGUE2_NEO	DOSE21_NEO	DOSE22_NEO	DOSE23_NEO	DOSE24_NEO	DOSE25_NEO	DOSE26_NEO	DOSE27_NEO	DOSE28_NEO
DROGUE3_NEO	DOSE31_NEO	DOSE32_NEO	DOSE33_NEO	DOSE34_NEO	DOSE35_NEO	DOSE36_NEO	DOSE37_NEO	DOSE38_NEO
DROGUE4_NEO	DOSE41_NEO	DOSE42_NEO	DOSE43_NEO	DOSE44_NEO	DOSE45_NEO	DOSE46_NEO	DOSE47_NEO	DOSE48_NEO
DROGUE5_NEO	DOSE51_NEO	DOSE52_NEO	DOSE53_NEO	DOSE54_NEO	DOSE55_NEO	DOSE56_NEO	DOSE57_NEO	DOSE58_NEO
DROGUE6_NEO	DOSE61_NEO	DOSE62_NEO	DOSE63_NEO	DOSE64_NEO	DOSE65_NEO	DOSE66_NEO	DOSE67_NEO	DOSE68_NEO

Réduction de doses au cours d'un ou plusieurs cycles : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui REDUCDOSE_NEO QUINON

Si oui, préciser nb de cycles : | | | | REDUCCYCLE_NEO

Facteurs de croissance granulocytaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui FACTCROISS_NEO QUINON

DTDEBFACTCROISS_NEO

DTFINFACTCROISS_NEO

Date de début : | | | / | | | / | | | | Date de fin : | | | / | | | / | | | |

Si oui, facteur de croissance prescrit 1 ☐ Neupogen 2 ☐ Neulasta 3 ☐ Granocyte 4 ☐ Autre

Préciser autre : OHTFACTCROISS_NEO TYPFACTCROISS_NEO RAISON_NON

EPO : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EPO_NEO QUINON

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

--	--	--

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

RADIOTHERAPIE

CANCER TOXICITIES

Sein GAUCHE : **0** ☐ Non **1** ☐ Oui ☐ Non applicable

RADIO_G **QUINON**

Si oui lieu : **LIEURADIO_G**

Sein DROIT : **0** ☐ Non **1** ☐ Oui ☐ Non applicable

RADIO_D **QUINON**

Si oui lieu : **LIEURADIO_D**

HORMONOTHERAPIE

CANCER TOXICITIES

Hormonothérapie : ☐ Non ☐ Oui **HORMONO** **QUINON**

Si non, raison : ☐ Refus ☐ Contre-indication ☐ Absence d'indication

RAISONHORM **RAISON_HORM**

DTDERNREGLE_TT

Date des dernières règles au moment de la prescription : ____/____/____

Si oui, compléter le tableau suivant :

	Médicament	Date début	Interruption momentanée	Date arrêt	Motif arrêt 1 = toxicité 2 = refus de poursuivre 3 = décision du médecin 4 = fin de traitement 5 = autre
1	_____ HORM1	____/____/_____ DTDEBHORM1	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui INTHORM1 Si oui, durée DUREEINTHORM1 ____ jours	____/____/_____ DTFINHORM1	_____ MOTIFHORM1 Si 5, préciser: THMOTIFHORM1 ...
2	_____ HORM2	____/____/_____ DTDEBHORM2	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui INTHORM2 Si oui, durée DUREEINTHORM2 ____ jours	____/____/_____ DTFINHORM2	_____ MOTIFHORM2 Si 5, préciser: OTHMOTIFHORM2 ...
3	_____ HORM3	____/____/_____ DTDEBHORM3	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui INTHORM3 Si oui, durée DUREEINTHORM3 ____ jours	____/____/_____ DTFINHORM3	_____ MOTIFHORM3 Si 5, préciser: OTHMOTIFHORM3 ...

De 4 à 7 idem

- 1 : Anti-œstrogènes I (tamoxifène);
 2 : Inhibiteurs de l'aromatase I (létrozole);
 3 : Inhibiteurs de l'aromatase II (anastrozole) ;
 4 : Inhibiteurs de l'aromatase III (exemestane);
 5 : Agoniste LH-RH;
 6 : Autre en clair : **OTHHORM**

THERAPIE CIBLEE : HERCEPTIN

CANCER TOXICITIES

Herceptin : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui HERCEPTIN QUINON

Date 1^{ère} administration : DTDEBHERCEP NBCYCLHERCEP
 _____/_____/_____ Nombre de cycles : _____

Date de dernière administration : DTFINHERCEP
 _____/_____/_____

Schéma : 1 ☐ Hebdomadaire 2 ☐ Tous les 21 jours 3 ☐ Autre, préciser : OTHSCHEMAHERCEP
 SCHEMAHERCEP SCHEMA

Voie d'administration : 1 ☐ IV 2 ☐ Per os 3 ☐ Intra musculaire 4 ☐ Sous cutanée VOIEHERCEP VOIE

Si hebdomadaire :

DOSE1HERCEP DOSE2HERCEP
 Dose de charge : _____ mg/kg Dose suivante : _____ mg/kg

Si tous les 21 jours, compléter le tableau suivant : 1 ☐ mg/kg 2 ☐ mg UNTCYCLHERCEP UNTHERCEP

Cycle	HERCEPTIN Dose mg/kg	Cycle	HERCEPTIN Dose mg/kg	Cycle	HERCEPTIN Dose mg/kg
Cycle 1	CYCLHERCEP1	Cycle 10	CYCLHERCEP10	Cycle 19	CYCLHERCEP19
Cycle 2	CYCLHERCEP2	Cycle 11	CYCLHERCEP11	Cycle 20	CYCLHERCEP20
Cycle 3	CYCLHERCEP3	Cycle 12	CYCLHERCEP12	Cycle 21	CYCLHERCEP21
Cycle 4	CYCLHERCEP4	Cycle 13	CYCLHERCEP13	Cycle 22	CYCLHERCEP22
Cycle 5	CYCLHERCEP5	Cycle 14	CYCLHERCEP14	Cycle 23	CYCLHERCEP23
Cycle 6	CYCLHERCEP6	Cycle 15	CYCLHERCEP15	Cycle 24	CYCLHERCEP24
Cycle 7	CYCLHERCEP7	Cycle 16	CYCLHERCEP16	Cycle 25	CYCLHERCEP25
Cycle 8	CYCLHERCEP8	Cycle 17	CYCLHERCEP17	Cycle 26	CYCLHERCEP26
Cycle 9	CYCLHERCEP9	Cycle 18	CYCLHERCEP18	Cycle 27	CYCLHERCEP27

Modification de doses : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui MODIFHERCEP QUINON

Si oui, Date : _____ DTMODIFHERCEP

Cause : CAUSEMODIFHERCEP

Interruption : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INTHERCEP QUINON

Si oui, Date : _____ DTINTHERCEP

Cause : 1 ☐ Toxicité cardiaque 2 ☐ Autre, préciser OTHCAUSEINTHERCEP

CAUSEINTHERCEP ARRET

Date de la reprise : _____ DTREPHERCEP

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

--	--	--

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

THERAPIE CIBLEE : AUTRE

CANCER TOXICITIES

Thérapie ciblée 1 : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CIBLE1 QUINON

Nom de la drogue : NOMCIBLE1

Date 1ère administration : ____/____/____ DTDEBCIBLE1

Date de dernière administration : ____/____/____ DTFINCIBLE1

Nombre de cycles : ____ NBCIBLE1

Posologie : POSOCIBLE1
____ 1 ☐ mg/kg 2 ☐ mg/m² 3 ☐ mg UNITECIBLE1 UNT_CIBLE

Schéma : 1 ☐ Hebdomadaire 2 ☐ Tous les 21 jours 3 ☐ Autre, préciser : OTHSCHEMACIBLE1
SCHEMACIBLE1 SCHEMA

Voie d'administration : 1 ☐ IV 2 ☐ Per os 3 ☐ Intra musculaire 4 ☐ Sous cutanée VOIECIBLE1 VOIE

Modification de doses : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui MODIFCIBLE1 QUINON

Si oui, Date : ____/____/____ DTMODIFCIBLE1

Cause : CAUSEMODIFCIBLE1

Interruption : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INTCIBLE1 QUINON

Si oui, Date : ____/____/____ DTINTCIBLE1

Cause : 1 ☐ Toxicité cardiaque 2 ☐ Autre, préciser OTHCAUSEINTCIBLE1
CAUSEINTCIBLE1 ARRET

Date de la reprise : ____/____/____ DTREPCIBLE1

Thérapie ciblée 2 : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CIBLE2 QUINON

Nom de la drogue : NOMCIBLE2

Date 1ère administration : / / DTDEBCIBLE2

Date de dernière administration : / / DTFINCIBLE2

Nombre de cycles : NBCIBLE2

POSOCIBLE2

Posologie : 1 ☐ mg/kg 2 ☐ mg/m² 3 ☐ mg UNITECIBLE2 UNT_CIBLE

Schéma : 1 ☐ Hebdomadaire 2 ☐ Tous les 21 jours 3 ☐ Autre, préciser : OTHSCHEMACIBLE2

SCHEMACIBLE2 SCHEMA

Voie d'administration : 1 ☐ IV 2 ☐ Per os 3 ☐ Intra musculaire 4 ☐ Sous cutanée VOIECIBLE2 VOIE

Modification de doses : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui MODIFCIBLE2 QUINON

Si oui, Date : / / DTMODIFCIBLE2

Cause : CAUSEMODIFCIBLE2

Interruption : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INTCIBLE2 QUINON

Si oui, Date : / / DTINTCIBLE2

Cause : 1 ☐ Toxicité cardiaque 2 ☐ Autre, préciser OTHCAUSEINTCIBLE2

CAUSEINTCIBLE2 ARRET

Date de la reprise : / / DTREPCIBLE2

■ CANcer TOxicities ■

M0 - RESULTATS ANATOMOPATHOLOGIQUES PIECE OPERATOIRE

CANCER TOXICITIES

Cancer infiltrant : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INFILTR_G_M0 OUINON

Si oui, type de cancer infiltrant : 1 ☐ Canalaire 2 ☐ Lobulaire 3 ☐ Mixte (canalaire + lobulaire)
TYPINFILTR_G_M0 TYP_INFILTR
4 ☐ Autre type : OTHINFILTR_G_M0

Grade histopronostique : Type : 1 ☐ SBR 2 ☐ Elston Ellis 3 ☐ Nottingham TYPGRADE_G_M0 TYPGRADE

Grade : 1 ☐ Grade 1 2 ☐ Grade 2 3 ☐ Grade 3 GRADE_G_M0 GRADE_HISTO

Différenciation tissulaire : |___| / - Pléomorphisme tissulaire : |___| / - Index mitotique : |___| /
DIFF_G_M0 PLEIO_G_M0 INDEX_G_M0

Contingent in situ : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTING_G_M0 OUINON

Si oui : Type canalaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CANAL_G_M0 OUINON

Type lobulaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui LOBUL_G_M0 OUINON

🔗 Récepteurs hormonaux :

RE* : 0 ☐ Négatif 1 ☐ Positif RE_G_M0 POSNEG
POURCRE_G_M0 INTENSRE_G_M0
Pourcentage de cellules marquées : |___| % Intensité : |___|

RP* : 0 ☐ Négatif 1 ☐ Positif RP_G_M0 POSNEG
POURCRP_G_M0 INTENSRP_G_M0
Pourcentage de cellules marquées : |___| % Intensité : |___|

🔗 Méthode : 1 ☐ Immunohistochimique 2 ☐ Biochimique METHOD_G_M0 METHODE

🔗 Expression de HER2 : 0 ☐ Négatif 1 ☐ Positif HER2_G_M0 POSNEG

Immunohistochimie : 0 ☐ 0 1 ☐ 1+ 2 ☐ 2+ 3 ☐ 3+ IMMUNO_G_M0 IMMUNO

Méthode FISH : 1 ☐ Amplifié 2 ☐ Non amplifié FISH_G_M0 FISH

🔗 Ki67 : 0 ☐ Non fait 1 ☐ Fait KI67_G_M0 OUINON

Si fait, pourcentage de cellules marquées : |___| % POURCKI67_G_M0

🔗 Tests génomiques : 0 ☐ Non fait 1 ☐ Fait GENOM_G_M0 OUINON

Si fait, préciser 1 ☐ Oncotype DX 2 ☐ Grade génomique 3 ☐ Mammaprint
TYPGENOM_G_M0 TEST_GENOMIQUE
4 ☐ Autre, préciser : OTHGENOM_G_M0

Résultat (en clair) : RESGENOM_G_M0

M0 - REPONSE THERAPEUTIQUE - PIECE OPERATOIRE

CANCER TOXICITIES

SEIN GAUCHE

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

HISTO_G2_M0 APPLICABLE

Chimiothérapie néo adjuvante

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

CHIMIO_G_M0 APPLICABLE

Présence de résidu tumoral invasif dans le lit tumoral : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui RESIDU1_G_M0 OUINON

Présence d'envahissement ganglionnaire post-chimiothérapie : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ENVAHIPOST_G_M0 OUINON

Classification de SATALOFF

Sur le SEIN SATALOFF1_G_M0 SATALOFF_T

- 1 ☐ T-A effet thérapeutique complet ou rares cellules infiltrantes
- 2 ☐ T-B effet thérapeutique > subjectivement à 50 %
- 3 ☐ T-C effet thérapeutique < à 50 % mais effet thérapeutique évident
- 4 ☐ T-D pas d'effet thérapeutique

Sur les ganglions axillaires SATALOFF2_G_M0 SATALOFF_N

- 1 ☐ N-A effet thérapeutique présent, pas de métastase
- 2 ☐ N-B pas d'effet thérapeutique, pas de métastase
- 3 ☐ N-C effet thérapeutique mais présence de métastase
- 4 ☐ N-D métastase viable, pas d'effet thérapeutique

CLASSIFICATION DE SATALOFF

Sataloff tumeur	Sataloff ganglions
T-A : effet thérapeutique total ou presque	N-A : méta -, effet thérapeutique +
T-B : > 50 % effet thérapeutique subjectif	N-B : méta -, effet thérapeutique -
T-C : < 50 % effet thérapeutique mais effet évident	N-C : méta +, effet thérapeutique +
T-D : pas d'effet thérapeutique	N-D : méta +, effet thérapeutique -

Effet thérapeutique : fibrose, nécrose, remaniement myxoïde, hémorragie, dépôts d'hemosidérine, calcifications, macrophages, infiltrat inflammatoire polymorphe

Hormonothérapie néo adjuvante

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

HORMONO_G_M0 APPLICABLE

Présence de résidu tumoral : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui RESIDU2_G_M0 OUINON

Index mitotique post-hormonothérapie : |___| INDEXPOST_G_M0

M0 - RESULTATS ANATOMOPATHOLOGIQUES PIECE OPERATOIRE

CANCER TOXICITIES

SEIN DROIT

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

HISTO_D_M0 APPLICABLE

HISTOLOGIE :

ADICAP_D_M0

ADICAP: | | | G | S | | | | |

CIM03_D_M0

CIM O3 : | | | | | . | |

Stade pTNM (version 2010) : pT | | | / pN | | | / pM | | |

PT_D_M0

PN_D_M0

PM_D_M0

Siège de la lésion : SIEGE_D_M0 SIEGE_LESION

☐ 6-prolongement axillaire

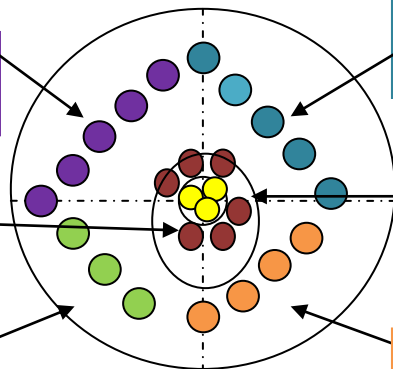
☐ 7-région profonde du sein/plusieurs quadrants atteints/sillon sous-mammaire

☐ 8-sein sans autre indication

☐ 4-Q supéro-externe/
Union des Q externes

☐ 0-mamelon/aréole

☐ 5-Q inféro-externe



☐ 2-Q supéro-interne/union des
Q internes/union des Q sup

☐ 1-région centrale/rétro
mamelonnaire

☐ 3-Q inféro-interne/union des Q inf

Technique ganglion sentinelle : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TECHNIQ1_D_M0 QUINON

Si oui : 1 ☐ Pas de cellules tumorales 2 ☐ pN0i+ 3 ☐ pN+micro 4 ☐ pN+ macro

TECHNIQ2_D_M0 TECHGANG

Curage ganglionnaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CURAGE_D_M0 QUINON

Nombre total de ganglions prélevés : | | | | | PRELEV_D_M0

ENVAHI_D_M0

Nombre total de ganglions envahis : | | | | |

Taille de la tumeur (mm) : | | | | | (préciser la plus grande dimension)

TAILTUM_D_M0

Limites d'exérèse pour l'in situ : 1 ☐ Berges > 2 mm 2 ☐ Berges ≤ 2mm LIMIT1_D_M0 LIMIT_INS

Limites d'exérèse pour l'infiltrant : 1 ☐ Au contact d'une ou plusieurs berges

LIMIT2_D_M0 LIMIT_INF

2 ☐ A distance des berges

Nombre de foyers : 1 ☐ Unifocale 2 ☐ Multifocale 3 ☐ Disparition totale du/des foyers

NBFOYER_G_M0 NBFOYER

M0 - RESULTATS ANATOMOPATHOLOGIQUES PIECE OPERATOIRE

CANCER TOXICITIES

Cancer infiltrant : ☐ Non ☐ Oui **INFILTR_D_M0** **QUINON**

Si oui, type de cancer infiltrant : ☐ Canalaire ☐ Lobulaire ☐ Mixte (canalaire + lobulaire)
TYPINFILTR_D_M0 **TYP_INFILTR**
☐ Autre type : **OTHINFILTR_D_M0**

Grade histopronostique : Type : ☐ SBR ☐ Elston Ellis ☐ Nottingham **TYPGRADE_D_M0** **TYPGRADE**

Grade : ☐ Grade 1 ☐ Grade 2 ☐ Grade 3 **GRADE_D_M0** **GRADE_HISTO**

Différenciation tissulaire : **DIFF_D_M0** / - Pléomorphisme tissulaire : **PLEIO_D_M0** / - Index mitotique : **INDEX_D_M0** /

Contingent in situ : ☐ Non ☐ Oui **CONTING_D_M0** **QUINON**

Si oui : Type canalaire : ☐ Non ☐ Oui **CANAL_D_M0** **QUINON**

Type lobulaire : ☐ Non ☐ Oui **LOBUL_D_M0** **QUINON**

↳ Récepteurs hormonaux :

RE* : ☐ Négatif ☐ Positif **RE_D_M0** **POSNEG**
POURCRE_D_M0
Pourcentage de cellules marquées : / % Intensité :

RP* : ☐ Négatif ☐ Positif **RP_D_M0** **POSNEG**
POURCRP_D_M0
Pourcentage de cellules marquées : / % Intensité :

↳ Méthode : ☐ Immunohistochimique ☐ Biochimique **METHOD_D_M0** **METHODE**

↳ Expression de HER2 : ☐ Négatif ☐ Positif **HER2_D_M0** **POSNEG**

Immunohistochimie : ☐ 0 ☐ 1+ ☐ 2+ ☐ 3+ **IMMUNO_D_M0** **IMMUNO**

Méthode FISH : ☐ Amplifié ☐ Non amplifié **FISH_D_M0** **FISH**

↳ Ki67 : ☐ Non fait ☐ Fait **KI67_D_M0** **QUINON**

Si fait, pourcentage de cellules marquées : / % **POURCKI67_D_M0**

↳ Tests génomiques : ☐ Non fait ☐ Fait **GENOM_D_M0** **QUINON**

Si fait, préciser ☐ Oncotype DX ☐ Grade génomique ☐ Mammaprint
TYPGENOM_D_M0 **TEST_GENOMIQUE**
☐ Autre, préciser : **OTHGENOM_D_M0**

Résultat (en clair) : **RESGENOM_D_M0**

M0 - REPONSE THERAPEUTIQUE - PIECE OPERATOIRE

CANcer Toxicities

SEIN DROIT

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

HISTO_D2_M0 APPLICABLE

Chimiothérapie néo adjuvante

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

CHIMIO_D_M0 APPLICABLE

Présence de résidu tumoral invasif dans le lit tumoral : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui RESIDU1_D_M0 OUI NON

Présence d'envahissement ganglionnaire post-chimiothérapie : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ENVAHIPOST_D_M0 OUI NON

Classification de SATALOFF

Sur le SEIN SATALOFF1_D_M0 SATALOFF_T

- 1 ☐ T-A effet thérapeutique complet ou rares cellules infiltrantes
- 2 ☐ T-B effet thérapeutique > subjectivement à 50 %
- 3 ☐ T-C effet thérapeutique < à 50 % mais effet thérapeutique évident
- 4 ☐ T-D pas d'effet thérapeutique

Sur les ganglions axillaires SATALOFF2_D_M0 SATALOFF_N

- 1 ☐ N-A effet thérapeutique présent, pas de métastase
- 2 ☐ N-B pas d'effet thérapeutique, pas de métastase
- 3 ☐ N-C effet thérapeutique mais présence de métastase
- 4 ☐ N-D métastase viable, pas d'effet thérapeutique

CLASSIFICATION DE SATALOFF

Sataloff tumeur	Sataloff ganglions
T-A : effet thérapeutique total ou presque	N-A : méta -, effet thérapeutique +
T-B : > 50 % effet thérapeutique subjectif	N-B : méta -, effet thérapeutique -
T-C : < 50 % effet thérapeutique mais effet évident	N-C : méta +, effet thérapeutique +
T-D : pas d'effet thérapeutique	N-D : méta +, effet thérapeutique -

Effet thérapeutique : fibrose, nécrose, remaniement myxoïde, hémorragie, dépôts d'hemosidérine, calcifications, macrophages, infiltrat inflammatoire polymorphe

Hormonothérapie néo adjuvante

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

HORMONO_D_M0 APPLICABLE

Présence de résidu tumoral : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui RESIDU2_D_M0 OUI NON

Index mitotique post-hormonothérapie : |__| INDEXPOST_D_M0

M0 – EXAMEN CLINIQUE

CANcer TOxicities

Examen clinique fait : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EXAM_M0 QUINON

Date de l'examen : | | | / | | | / 20 | | | DTEXAM_M0

Etat général ECOG : | | | ECOG_M0

Poids : | | | | , | | | kg POIDS_M0

IMC (poids/taille²) : | | | | kg/m² IMC_M0

M0 – EXAMEN PARACLINIQUE

CANcer TOxicities

FEVG* : Examen réalisé : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui FEVG_M0 QUINON

Si oui, date de réalisation : | | | / | | | / 20 | | | DTFEVG_M0

Méthode utilisée : 1 ☐ Isotopique (MUGA) 2 ☐ Echographique METHODFEVG_M0
La méthode utilisée devra rester la même tout au long de l'étude METHODE_FEVG

Résultat | | | | % RESFEVG_M0

*Examen à réaliser pour l'ensemble des patientes

Ostéodensitométrie : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui OSTEO_M0 QUINON

Si oui, date de réalisation : | | | / | | | / 20 | | | DTOSTEO_M0

Localisation	T-score	DMO (g/cm ²)
RACHIS_M0 CNC 1 <input type="checkbox"/> Rachis lombaire	SCORERACHIS_M0 .	DMORACHIS_M0 .
COLFEM_M0 CNC 1 <input type="checkbox"/> Col fémoral	SCORECOLFEM_M0 .	DMOCOLFEM_M0 .
HANCHE_M0 CNC 1 <input type="checkbox"/> Hanches	SCOREHANCHE_M0 .	DMOHANCHE_M0 .

M0 – TRAITEMENTS CONCOMITANTS

CANcer TOxicities

Prise de traitements concomitants : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui (Si oui compléter la fiche correspondante)
TTCONC_M0 QUINON

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

--	--

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

M0 – TRAITEMENT DU CANCER

CANCER TOXICITIES

Date de fin du dernier traitement aigu reçu : |__|_|_| / |__|_|_| / 20|__|_| **DTDERNTT_M0**

Traitement hormonal en cours : **0** ☐ Non **1** ☐ Oui **TTHORM_M0** **QUINON**

Traitement par Herceptin en cours : **0** ☐ Non **1** ☐ Oui **TTHERCEP_M0** **QUINON**

M0 – QUESTIONS GENERALES

CANCER TOXICITIES

Depuis la dernière visite, hospitalisation pour motifs psychiatriques : **0** ☐ Non **1** ☐ Oui

Si oui,

Nombre d'hospitalisation : |__|_|_|

PSYHOSP_M0 **QUINON**

NBPSYHOSP_M0

Depuis la visite d'inclusion, habitudes tabagiques :

1 ☐ Augmentées **2** ☐ Diminuées **3** ☐ Inchangées

TABAC_M0 **HABITUDE**

Depuis la visite d'inclusion, consommation quotidienne d'alcool :

1 ☐ Augmentée **2** ☐ Diminuée **3** ☐ Inchangée

ALCOOL_M0 **HABITUDE**

MO - EXAMENS BIOLOGIQUES

CANCER TOXICITIES

BILAN HEMATOLOGIQUE DTBILANHEMATO_MO		Valeurs ⁽²⁾	Unités UNIT+nomvar	Normales laboratoire NORMINF/SUP +nomvar
Date prélèvement ¹ 20				
Hémoglobine	HEMO_MO	1 mmol/L 2 g/dL 3 g/L		UNT_HEMO
Plaquettes	PLAQ_MO	1 10 ⁹ /L 2 /mm ³ 3 G/L		UNT_LYMP
Neutrophiles	NEUT_MO	1 10 ⁹ /L 2 /mm ³ 3 G/L		UNT_LYMP
Lymphocytes	LYMP_MO	1 10 ⁹ /L 2 /mm ³ 3 G/L		UNT_LYMP
BILAN HEPATIQUE DTBILANHEPAT_MO		Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹ 20				
Bilirubine	BILI_MO	1 µmol/L 2 mg/L		UNT_BILI
ALAT/SGPT	ALAT_MO	1 UI/L		UNT_FSH
ASAT/SGOT	ASAT_MO	1 UI/L		UNT_FSH
Phosphatases alcalines	PHOS_MO	1 UI/L		UNT_FSH
γGT	gGT_MO	1 UI/L		UNT_FSH
IONOGRAMME DTBILANIONO_MO		Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹ 20				
Glycémie à jeun	GLYC_MO	1 µmol/L 2 mmol/L 3 g/L		UNT_GLYC
25 OH vit D3	25OH_MO	1 µg/L 2 ng/mL 3 g/L 4 nmol/L 5 UI/L		UNT_25OH
Troponine	TROP_MO	1 µg/L 2 g/L 3 µg/mL 4 ng/L		UNT_TROPO
BNP	BNP_MO	1 pg/mL 2 pg/L		UNT_BNP
Calcémie	CALC_MO	1 mmol/L 2 mg/L		UNT_CALC
Phosphorémie	PHOSP_MO	1 µmol/L 2 mmol/L 3 mg/L		UNT_PHOSP
Cholestérolémie totale	CHOL_MO	1 mmol/L 2 g/L		UNT_LDL
LDL	LDL_MO	1 mmol/L 2 g/L		UNT_LDL
HDL	HDL_MO	1 mmol/L 2 g/L		UNT_LDL
Triglycéridémie	TRIG_MO	1 mmol/L 2 g/L		UNT_LDL
Albuminémie	ALBU_MO	1 g/L		UNT_ALBU
BILAN RENAL DTBILANRENAL_MO		Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹ 20				
Créatinine	CREA_MO	1 mg/dL 2 µmol/L		UNT_CREAT
Clearance créatinine (Cockcroft)	CLEA_MO	mL/min		
BILAN OVARIEN DTBILANOVAR_MO		Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹ 20				
FSH	FSH_MO	1 UI/L		UNT_FSH
LH	LH_MO	1 UI/L		UNT_FSH
Oestradiolémie	OEST_MO	1 ng/L 2 pmol/L 3 UI/L		UNT_OEST

(1) lorsque plusieurs prélèvements ont été effectués, reporter uniquement la date du dernier prélèvement

(2) notez NK si l'analyse est «non faite» / (3) si <X notez [0 – X] , si >X notez [X – 999]

MO – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN GAUCHE

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_G1_M0 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_G1_M0 QUINON

Traumatisme bras : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMBRAS_G_M0 QUINON

Traumatisme épaule : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMEPaul_G_M0 QUINON

Traumatisme sein : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMSEIN_G_M0 QUINON

Drainage : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui DRAINAGE_G_M0 NBDRAINAGE_G_M0 Si oui, nb de séances : |__|__|

Rééducation : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui, site : 1 ☐ Bras 2 ☐ Epaule Nb de séances : |__|__| REEDUC_G_M0 QUINON SITEREEDUC_G_M0 MEMBRE NBREEDUC_G_M0

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Ganglion Axillaire	Limitation des mouvements de l'épaule	Score de constant	Antépulsion : __ __ ANTEPUL_G_M0 Abduction : __ __ ABDUCT_G_M0 Rotation latérale : __ __ ROTALAT_G_M0 Rotation médiale : __ __ ROTAMED_G_M0
Ganglion Axillaire	Limitation de la force musculaire de l'épaule	Score de constant	__ __ LIMITAT_G_M0
Ganglion Axillaire	Lymphocèle chronique	Ponction (nombre depuis la chirurgie)	__ __ LYMPHOC_G_M0
Ganglion Axillaire	Douleur	Echelle Numérique	__ __ DOULGANG_G_M0
Ganglion Axillaire	Lymphoedème	Mesure (cm)	Bras controlatéral : __ __ BRASCONTRO_G_M0 Bras homolatéral : __ __ BRASHOMO_G_M0 Avant-bras à 10 cm sous le coude : __ __ AVANTBRAS_G_M0 Poignet : __ __ POIGNET_G_M0 Manchon : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui MANCHON_G_M0
Sein	Douleur	Echelle Numérique	__ __ DOULSEIN_G_M0
Sein	Résultat esthétique	Evaluation observationnelle (0-4)	__ RESESTHE_G_M0
Sein	Cicatrisation	Vancouver scar scale	Inflammation : __ INFLAMM_G_M0 Couleur : __ COULEUR_G_M0 Epaisseur : __ EPAISS_G_M0 Extensibilité : __ EXTENS_G_M0

MO – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN GAUCHE

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_G2_M0 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_G2_M0 QUINON

Reconstruction : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui

Si oui, Date : | | | / | | | / | | | | DTRECONS_G_M0

RECONS_G_M0 QUINON

Pour les centres participant à l'évaluation esthétique

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Reconstruction	Résultat esthétique	Echelle Numérique	Êtes-vous satisfaite du résultat de la reconstruction : 0 à 10 : SATISF_G_M0
		Echelle « good fair poor »	Evaluation par le chirurgien : EVALCHIR_G_M0
			Evaluation par l'infirmière : EVALINF_G_M0
			Evaluation par la patiente : EVALPAT_G_M0

SIGNES ET SYMPTOMES CUTANES : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui SIGNECUT_G_M0 QUINON

Si oui, compléter ci-dessous :

GRADE (échelle CTC V4.0)		Date de début	Date de fin	En cours
Atrophie	ATRO_G_M0	DTDEBATRO_G_M0	DTFINATRO_G_M0	1 <input type="checkbox"/> ECATRO_G_M0 CNC
Rougeur/Erythème	ROUG_G_M0	DTDEBROUG_G_M0	DTFINROUG_G_M0	1 <input type="checkbox"/> ECROUG_G_M0 CNC
Fibrose sous-cutanée	FIBR_G_M0	DTDEBFIBR_G_M0	DTFINFIBR_G_M0	1 <input type="checkbox"/> ECFIBR_G_M0 CNC
Hyperpigmentation	PIGM_G_M0	DTDEBPIGM_G_M0	DTFIN PIGM_G_M0	1 <input type="checkbox"/> ECPIGM_G_M0 CNC
Eruption cutanée	ERUP_G_M0	DTDEBERUP_G_M0	DTFINERUP_G_M0	1 <input type="checkbox"/> ECKERUP_G_M0 CNC
Télangiectasie	TELA_G_M0	DTDEBTELA_G_M0	DTFINTELA_G_M0	1 <input type="checkbox"/> ECTELA_G_M0 CNC
Ulcération	ULCE_G_M0	DTDEBULCE_G_M0	DTFINULCE_G_M0	1 <input type="checkbox"/> ECULCE_G_M0 CNC

(Données à récupérer auprès des radiothérapeutes)

MO – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN DROIT

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_D1_M0 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_D1_M0 QUINON

Traumatisme bras : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMBRAS_D_M0 QUINON

Traumatisme épaule : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMEPaul_D_M0 QUINON

Traumatisme sein : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMSEIN_D_M0 QUINON

Drainage : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui DRAINAGE_D_M0 NBDRAINAGE_D_M0 Si oui, nb de séances : |__|

Rééducation : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui, site : 1 ☐ Bras 2 ☐ Epaule Nb de séances : |__| REEDUC_D_M0 QUINON SITEREEDUC_D_M0 MEMBRE NBREEDUC_D_M0

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Ganglion Axillaire	Limitation des mouvements de l'épaule	Score de constant	Antépulsion : __ ANTEPUL_D_M0 Abduction : __ ABDUCT_D_M0 Rotation latérale : __ ROTALAT_D_M0 Rotation médiale : __ ROTAMED_D_M0
Ganglion Axillaire	Limitation de la force musculaire de l'épaule	Score de constant	__ LIMITAT_D_M0
Ganglion Axillaire	Lymphocèle chronique	Ponction (nombre depuis la chirurgie)	__ LYMPHOC_D_M0
Ganglion Axillaire	Douleur	Echelle Numérique	__ DOULGANG_D_M0
Ganglion Axillaire	Lymphoedème	Mesure (cm)	Bras controlatéral : __ BRASCONTRO_D_M0 Bras homolatéral : __ BRASHOMO_D_M0 Avant-bras à 10 cm sous le coude : __ AVANTBRAS_D_M0 Poignet : __ POIGNET_D_M0 Manchon : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui MANCHON_D_M0
Sein	Douleur	Echelle Numérique	__ DOULSEIN_D_M0
Sein	Résultat esthétique	Evaluation observationnelle (0-4)	__ RESESTHE_D_M0
Sein	Cicatrisation	Vancouver scar scale	Inflammation : __ INFLAMM_D_M0 Couleur : __ COULEUR_D_M0 Epaisseur : __ EPAISS_D_M0 Extensibilité : __ EXTENS_D_M0

MO – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN DROIT

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_D2_M0 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_D2_M0 QUINON

Reconstruction : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui, Date : | | | / | | | / | | | | DTRECONS_D_M0
RECONS_D_M0 QUINON

Pour les centres participant à l'évaluation esthétique

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Reconstruction	Résultat esthétique	Echelle Numérique	Êtes-vous satisfaite du résultat de la reconstruction : 0 à 10 : SATISF_D_M0
		Echelle « good fair poor »	Evaluation par le chirurgien : EVALCHIR_D_M0
			Evaluation par l'infirmière : EVALINF_D_M0
			Evaluation par la patiente : EVALPAT_D_M0

SIGNES ET SYMPTOMES CUTANES : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui SIGNECUT_D_M0 QUINON

Si oui, compléter ci-dessous :

GRADE (échelle CTC V4.0)		Date de début	Date de fin	En cours
Atrophie	ATRO_D_M0	DTDEBATRO_D_M0	DTFINATRO_D_M0	1 <input type="checkbox"/> ECATRO_D_M0 CNC
Rougeur/Erythème	ROUG_D_M0	DTDEBROUG_D_M0	DTFINROUG_D_M0	1 <input type="checkbox"/> ECROUG_D_M0 CNC
Fibrose sous-cutanée	FIBR_D_M0	DTDEBFIBR_D_M0	DTFINFIBR_D_M0	1 <input type="checkbox"/> ECFIBR_D_M0 CNC
Hyperpigmentation	PIGM_D_M0	DTDEBPIGM_D_M0	DTFIN PIGM_D_M0	1 <input type="checkbox"/> ECPIGM_D_M0 CNC
Eruption cutanée	ERUP_D_M0	DTDEBERUP_D_M0	DTFINERUP_D_M0	1 <input type="checkbox"/> ECERUP_D_M0 CNC
Télangiectasie	TELA_D_M0	DTDEBTELA_D_M0	DTFINTELA_D_M0	1 <input type="checkbox"/> ECTELA_D_M0 CNC
Ulcération	ULCE_D_M0	DTDEBULCE_D_M0	DTFINULCE_D_M0	1 <input type="checkbox"/> ECULCE_D_M0 CNC

(Données à récupérer auprès des radiothérapeutes)

M0 – EVALUATION GYNECOLOGIQUE

CANcer TOxicities

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes gynécologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALGYNECO_M0 QUINON

Sécheresse vaginale : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui : 1 ☐ Modérée 2 ☐ Intense
SECHVAG_M0 QUINON INTSECHVAG_M0 INTENS

Leucorrhées : 1 ☐ Jamais 2 ☐ Peu fréquentes 3 ☐ Très fréquentes LEUCOR_M0 LEUCOR

Saignements (si grade ≥ 1 : échographie + avis gynécologique) : Grade CTC v4.0 : ☐ SAIGNEM_M0

Infections gynécologiques : 1 ☐ Jamais 2 ☐ < 1mois 3 ☐ > 1mois INFGYN_M0 INFGYN

Bouffées de chaleur : Grade CTC v4.0 : ☐ BOUFF_M0

Si bouffées de chaleur grade ≥ 1 , traitement des bouffées de chaleur :

TTBOUFF1_M0 TTBOUFF2_M0 TTBOUFF3_M0 TTBOUFF4_M0 TTBOUFF5_M0 TTBOUFF6_M0
1 ☐ Médicamenteux 1 ☐ Auriculothérapie 1 ☐ Homéopathie 1 ☐ Acupuncture 1 ☐ Autre 1 ☐ Aucun CNC

Efficacité : 1 ☐ Nulle 2 ☐ Modérée 3 ☐ Efficace EFFICTTBOUFF_M0 EFFICACITE

Sueurs nocturnes réveillant la patiente : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui SUEURNOCT_M0 QUINON

Persistance des règles : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui PERSISTREGL_M0 QUINON

Si non date des dernières règles : ☐ / ☐ / ☐ DTDERNREGL_M0

Contraception : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui : Stérilet cuivre : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT1_M0
CONTRACEPT_M0 Stérilet hormonal : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT2_M0
QUINON Pilule : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT3_M0
Implant : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT4_M0
Autre : OTHCONTRACEPT_M0 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT5_M0
Précisez QUINON

Grossesse : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui GROSSESSE_M0 QUINON

Echographie pelvienne : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui : 1 ☐ Normale 2 ☐ Anormale
ECHOPELV_M0 QUINON RESECHOPELV_M0 RESULTAT

Si anormale, préciser : ANORMECHOPELV_M0

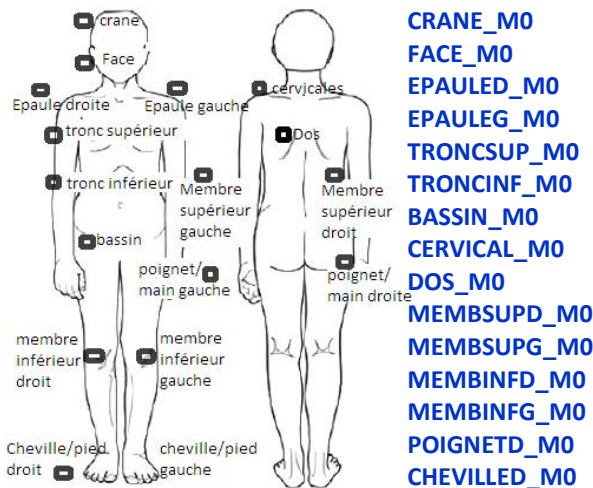
MO – EVALUATION RHUMATOLOGIQUE

CANCER TOXICITES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes rhumatologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALRHUMATO_MO OUINON

Si oui, spécifier les points douloureux présentés par la patiente sur le schéma ci-dessous :



Echelle Numérique :

Note de 0 à 10 pour situer le niveau de douleur

Note 0 est égale à "pas de douleur"

Note 10 est égale à "la douleur maximale imaginable"

Note donnée par la patiente pour le point le plus douloureux

ressenti : | | | | | NOTE_MO

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleurs musculaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui MUSC_MO OUINON Si oui préciser le siège : SIEGEMUSC_MO MUSC

1 ☐ Dos 1 ☐ Fesses 1 ☐ Membre inférieurs 1 ☐ Membres supérieurs 1 ☐ Extrémités 1 ☐ Autre : OTHMUSC_MO

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | | | INTENSMUSC_MO

- Pics douloureux : EN | | | | fréquence | | | | / semaine PICMUSC_MO / FREQMUSC_MO

- Douleurs au repos : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Douleurs à la reprise : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui MUSCREPOS_MO OUINON MUSCREPRISE_MO OUINON

Douleurs articulaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ARTI_MO OUINON Si oui préciser le siège : SIEGEARTI_MO ARTI

1 ☐ Hanche 1 ☐ Genou 1 ☐ Pied/Cheville 1 ☐ Epaulé 1 ☐ Coude 1 ☐ Mains/poignet 1 ☐ Autre : OTHARTI_MO

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | | | INTENSARTI_MO

- Pics douloureux : EN | | | | fréquence | | | | / semaine PICARTI_MO / FREQARTI_MO

- Douleurs au repos : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Douleurs à la reprise : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ARTIREPOS_MO OUINON ARTIREPRISE_MO OUINON

IRM articulaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui IRM_MO OUINON Si oui : 1 ☐ Normal 2 ☐ Anormal RESIRM_MO RESULTAT

Syndrome canal carpien 0 ☐ Oui 1 ☐ Non CARP_MO OUINON Si oui : côté : 1 ☐ Droit 2 ☐ Gauche 3 ☐ Les 2 COTECARP_MO COTE

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | | | INTENSCARP_MO

- Pics douloureux : EN | | | | fréquence | | | | / semaine PICCARP_MO / FREQCARP_MO

EMG : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EMG_MO OUINON Si oui : 1 ☐ Normal 2 ☐ Anormal RESEMG_MO RESULTAT

FRACTURE OSSEUSE : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui

FRAC_MO OUINON

Si oui, Nombre | | | | NBFAC_MO

Date : | | | | / | | | | / | | | | DTFRAC1_MO

Date : | | | | / | | | | / | | | | DTFRAC2_MO

Date : | | | | / | | | | / | | | | DTFRAC3_MO

Cause la plus probable :

1 ☐ Métastase CAUSEFRAC_MO

CAUSEFRAC

2 ☐ Ostéoporose

3 ☐ Traumatisme

4 ☐ Autre, OTHCAUSEFRAC_MO

Site de la(des) fracture(s) :

1 ☐ Pelvis 2 ☐ Tibia

3 ☐ Vertèbres cervicales SITEFRAC_MO

4 ☐ Vertèbres lombaires SITEFRAC

5 ☐ Fémur 6 ☐ Cheville

7 ☐ Thorax 8 ☐ Avant bras

9 ☐ Autre, OTHSITEFRAC_MO

M0 – EVALUATION NEUROLOGIQUE

CANcer TOxicités

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes neurologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALNEURO_M0 QUINON

Toxicités	Présence	Grade Max
Troubles de la concentration	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui CONCENTR_M0	GRADCONCENTR_M0
Dysgueusie	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui DYSG_M0	GRAD DYSG_M0
Maux de tête	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui MAUXTETE_M0	GRADMAUXTETE_M0
Paresthésies	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PARES_M0	GRADPARES_M0
Neuropathie motrice périphérique	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui NEUROMOT_M0	GRADNEUROMOT_M0
Neuropathie sensorielle périphérique	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui NEUROSENS_M0	GRADNEUROSENS_M0
Autre toxicité neurologique Précisez : TYPOTHNEURO1_M0	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHNEURO1_M0	GRADOTHNEURO1_M0
Autre toxicité neurologique Précisez : TYPOTHNEURO2_M0	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHNEURO2_M0	GRADOTHNEURO2_M0
Autre toxicité neurologique Précisez : TYPOTHNEURO3_M0	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHNEURO3_M0	GRADOTHNEURO3_M0

QUINON

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

--	--

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

M0 – EVALUATION CARDIOLOGIQUE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes cardiologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALCARDIO_M0 QUINON

Consultation d'un cardiologue depuis la fin du traitement : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONSULTCARDIO_M0

Si oui, précisez maladie/événement : EVCARDIO1_M0 / EVCARDIO2_M0 / EVCARDIO3_M0

Examens FEVG disponibles : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui FEVCARDIO_M0 QUINON

Date	Méthode	Résultat
DTFEVCARDIO1_M0 _ _ / _ _ / _ _ _ _	METHODCARDIO1_M0 1 <input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) 2 <input type="checkbox"/> Echographique	RESULTCARDIO1_M0 _ _ _ %
DTFEVCARDIO2_M0 _ _ / _ _ / _ _ _ _	METHODCARDIO2_M0 1 <input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) 2 <input type="checkbox"/> Echographique	RESULTCARDIO2_M0 _ _ _ %
DTFEVCARDIO3_M0 _ _ / _ _ / _ _ _ _	METHODCARDIO3_M0 1 <input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) 2 <input type="checkbox"/> Echographique	RESULTCARDIO3_M0 _ _ _ %

METHODE_FEVG

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

--	--

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

M0 – EVALUATION ARTERIO-VEINEUSE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes artério-veineux : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALARTERIO_M0 QUINON

Toxicités	Présence
Hypertension artérielle	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui HYPERTENS_M0 QUINON
Phlébite	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PHLEB_M0 QUINON
Accident Ischémique artérielle	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui AIA_M0 QUINON
Autre trouble vasculaire Précisez : TYPOTHVASC1_M0	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHVASC1_M0 QUINON
Autre trouble vasculaire Précisez : TYPOTHVASC2_M0	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHVASC2_M0 QUINON
Autre trouble vasculaire Précisez : TYPOTHVASC3_M0	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHVASC3_M0 QUINON

M0 – EVALUATION PULMONAIRE

CANcer TOxicités

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes pulmonaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALPULMO_M0 OUINON

Toxicités	Présence	Grade Max
Dyspnée	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui DYS_P_M0	GRADDYSP_M0
Epanchement pleural	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PLEUR_M0	GRADPLEUR_M0
Embolie pulmonaire	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui EMBOL_M0	GRADEMBOL_M0
Toux productive	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui TOUX_M0	GRADTOUX_M0
Autre toxicité pulmonaire Précisez : TYPOTHPULMO1_M0	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPULMO1_M0	GRADOTHPULMO1_M0
Autre toxicité pulmonaire Précisez : TYPOTHPULMO2_M0	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPULMO2_M0	GRADOTHPULMO2_M0
Autre toxicité pulmonaire Précisez : TYPOTHPULMO3_M0	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPULMO3_M0	GRADOTHPULMO3_M0

OUINON

M0 – EVALUATION GASTRO-INTESTINALE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes gastro-intestinaux : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALGASTRO_M0 QUINON

Toxicités	Présence	Grade Max
Diarrhée	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui DIAR_M0	GRADDIAR_M0
Nausées	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui NAUS_M0	GRADNAUS_M0
Vomissements	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui VOMI_M0	GRADVOMI_M0
Constipation	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui CONSTIP_M0	GRADCONSTIP_M0

QUINON

M0 – EVALUATION PEAU / MUQUEUSES / PHANERES

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes peau / muqueuses / phanères : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALPEAU_M0 QUINON

Toxicités	Présence	Grade Max
Alopécie	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui ALOP_M0	GRADALOP_M0
Toxicité unguéale	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui UNGU_M0	GRADUNGU_M0
Prurit	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PRURIT_M0	GRADPRURIT_M0
Rash	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui RASH_M0	GRADRASH_M0
Autre précisez : _____ TYPOTHPEAU1_M0 _____	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPEAU1_M0	GRADOTHPEAU1_M0
Autre précisez : _____ TYPOTHPEAU2_M0 _____	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPEAU2_M0	GRADOTHPEAU2_M0

QUINON

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

--	--	--

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

M0 – TROUBLES GENERAUX

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes généraux : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALGEN_M0 QUINON

Si oui précisez :

OTHGEN1_M0	/	OTHGEN 2_M0
OTHGEN3_M0	/	OTHGEN 4_M0
OTHGEN5_M0	/	OTHGEN 6_M0
OTHGEN7_M0	/	OTHGEN 8_M0

Maladie endocrinienne : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ENDO_M0 QUINON

Si oui nature : 1 ☐ Hyperthyroïdie 2 ☐ Hypothyroïdie 3 ☐ Autre : OTHENDO_M0
NATENDO_M0 ENDO

M0 – CONSULTATIONS MEDICALES / PARAMEDICALES

CANcer TOxicities

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

		CONSGEN_M0	OUINON			NBGEN_M0
Consultation d'un généraliste :		0 <input type="checkbox"/> Non	1 <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement		
Consultation d'un spécialiste :		0 <input type="checkbox"/> Non	1 <input type="checkbox"/> Oui	CONSSPE_M0	OUINON	
1 <input type="checkbox"/> Cardiologue		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBCARDIO_M0
CONSCARDIO_M0	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Dermatologue		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBDERMA_M0
CONSDERMA_M0	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Dentiste		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBDENT_M0
CONSDENT_M0	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Gynécologue		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBGYNeco_M0
CONSGYNeco_M0	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Neurologue		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBNEURO_M0
CONSNEURO_M0	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Ophtalmologiste		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBOPHTALMO_M0
CONSOPHTALMO_M0	CNC					
1 <input type="checkbox"/> ORL		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBORL_M0
CONSORL_M0	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Phlébologue		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBPHLEBO_M0
CONSPHLEBO_M0	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Podologue		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBPODO_M0
CONSPODO_M0	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Autre, préciser _____		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBOTHspe1_M0
CONSOTHspe_M0	CNC					Idem 2 et 3
		OTHspe1_M0	Idem 2 et 3			
Consultation d'un professionnel paramédical :		0 <input type="checkbox"/> Non	1 <input type="checkbox"/> Oui	CONSPARA_M0	OUINON	
1 <input type="checkbox"/> Acupuncteur		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBACUP_M0
CONSACUP_M0	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Diététicien/nutritionniste		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBDIET_M0
CONSDIET_M0	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Homéopathe		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBHOMEO_M0
CONSHOMEO_M0	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Ostéopathe		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBOSTEO_M0
CONSOSTEO_M0	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Naturopathe		Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement				NBNATUR_M0
CONSNATUR_M0	CNC					
Consultation d'un sexologue :		0 <input type="checkbox"/> Non	1 <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement		
		CONSEXO_M0	OUINON			NBSEXO_M0
Consultation d'un psychiatre :		0 <input type="checkbox"/> Non	1 <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement		
		CONSPSY_M0	OUINON			NBPSY_M0
Consultation d'un psychologue :		0 <input type="checkbox"/> Non	1 <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement		
		CONSPSYCHO_M0	OUINON			NBPSYCHO_M0
Cure thermale :		0 <input type="checkbox"/> Non	1 <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement		
		CURETHERM_M0	OUINON			NBCURETHERM_M0
Séance de kinésithérapeute :		0 <input type="checkbox"/> Non	1 <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, Nb de fois ___ depuis la fin du traitement		
		CONSKINE_M0	OUINON			NBKINE_M0
Type 1 <input type="checkbox"/> Drainage	2 <input type="checkbox"/> Rééducation	3 <input type="checkbox"/> Autre, préciser _____			OTHRAISKINE_M0	
	RAISKINE_M0	RAISON_KINE				

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

--	--	--

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

M0 – PROBLEMES INFECTIEUX

CANCER TOXICITIES

Depuis la visite d'inclusion

Vaccination contre la grippe : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui VACCIN_M0 QUINON

Prise de traitements préventifs des infections hivernales : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TTPREV_M0 QUINON

Si oui, préciser TYPTTPREV_M0

Nombre d'épisodes de fièvre : | | | NBFIEVRE_M0

Dont : - Grippe : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui GRIPPE_M0 QUINON

- Infections ORL, angines incluses : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INFORL_M0 QUINON

- Infections urinaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INFURIN_M0 QUINON

Nombre de gastroentérites : | | | NBGASTRO_M0

Autres infections sans fièvre : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui OTHINFECT_M0 QUINON

Si oui, préciser : OTHINFECT1_M0 / OTHINFECT2_M0 / OTHINFECT3_M0

M0 – COMMENTAIRES LIBRES

CANCER TOXICITIES

COMM_M0

MO – QUESTIONNAIRES

CANCER TOXICITIES

Questionnaires QDV et Psychologiques

Questionnaire "Votre santé" complété

0 ☐ Non 1 ☐ Oui QUESTSANTE_M0 QUINON

Si oui, date : ____/____/20____

DT QUESTSANTE_M0

La patiente a-t-elle bénéficié d'un tutorat d'aide au remplissage des questionnaires de l'étude :

0 ☐ Non 1 ☐ Oui TUT_M0 QUINON

ONCOGENETIQUE

CANCER TOXICITIES

Recherche de facteurs de risque génétiques

Pour la patiente

Identification d'une ou plusieurs mutations génétiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui MUT1 QUINON

Si oui, laquelle (lesquelles) : 1 ☐ BRCA1 1 ☐ BRCA2 1 ☐ Autre : MUTATION

BRCA1 BRCA2 OTHMUT CNC

Pour la famille

Recherche effectuée pour les membres de la famille : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui RECHMUT QUINON

Si oui : Identification d'une ou plusieurs mutations génétiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui MUT2 QUINON

M12 – EXAMEN CLINIQUE

CANcer TOxiciTés

Examen clinique fait : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EXAM_M12 QUINON

Date de l'examen : | | | / | | | / 20 | | | DTEXAM_M12

Etat général ECOG : | | | ECOG_M12

Poids : | | | | , | | | kg POIDS_M12

IMC (poids/taille²) : | | | | kg/m² IMC_M12

M12 – TRAITEMENTS CONCOMITANTS

CANcer TOxiciTés

Prise de traitements concomitants 0 ☐ Non 1 ☐ Oui (Si oui compléter la fiche correspondante)
TTCONC_M12 QUINON

M12 – TRAITEMENT DU CANCER

CANcer TOxiciTés

Traitement hormonal en cours : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TTHORM_M12 QUINON

Traitement par Herceptin en cours 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TTHERCEP_M12 QUINON

M12 – QUESTIONS GENERALES

CANcer TOxiciTés

Depuis la dernière visite, hospitalisation pour motifs psychiatriques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui

Si oui,

Nombre d'hospitalisation : | | |

PSYHOSP_M12 QUINON

NBPSYHOSP_M12

Depuis la dernière visite, habitudes tabagiques :

1 ☐ Augmentées 2 ☐ Diminuées 3 ☐ Inchangées

TABAC_M12 HABITUDE

Depuis la dernière visite, consommation quotidienne d'alcool :

1 ☐ Augmentée 2 ☐ Diminuée 3 ☐ Inchangée

ALCOOL_M12 HABITUDE

M12 – EXAMEN PARACLINIQUE

CANcer TOxicities

Visite à réaliser 1 an après la visite 3 mois post traitement (M0)

En cas de prise d'Herceptin ou anti HER2 :

FEVG : Examen réalisé : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui FEVG_M12 OUI NON

Si oui, date de réalisation : ____/____/20____ DTFEVG_M12

Méthode utilisée : 1 ☐ Isotopique (MUGA) 2 ☐ Echographique METHODFEVG_M12
La méthode utilisée devra rester la même tout au long de l'étude METHODE_FEVG

Résultat : ____% RESFEVG_M12

Norme inférieure : ____% NORMFEVG_M12

FEVG réalisée à M3 : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui FEVG3_M12 Si oui Résultat : ____% RESFEVG3_M12

FEVG réalisée à M6 : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui FEVG6_M12 Si oui Résultat : ____% RESFEVG6_M12

FEVG réalisée à M9 : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui FEVG9_M12 Si oui Résultat : ____% RESFEVG9_M12
OUI NON

Autres examens : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui OTHEXAM_M12 OUI NON

1 : Si oui, date de réalisation : ____/____/20____ DTOTHEXAM1_M12

Nature de l'examen : NATOTHEXAM1_M12

Résultat : 0 ☐ Normal 1 ☐ Anormal Si anormal, préciser : ANORMOTHEXAM1_M12
RESOTHEXAM1_M12 RESULTAT

2 : Si oui, date de réalisation : ____/____/20____ DTOTHEXAM2_M12

Nature de l'examen : NATOTHEXAM2_M12

Résultat : 0 ☐ Normal 1 ☐ Anormal Si anormal, préciser : ANORMOTHEXAM2_M12
RESOTHEXAM2_M12 RESULTAT

Rechute depuis la dernière visite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui* RECHUTE_M12 OUI NON

Si oui Rechute loco-régionale : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui* LOCOREG_M12 OUI NON

Rechute à distance : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui**/ RECHDIST_M12 OUI NON

Cancer controlatéral : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui* CONTRO_M12 OUI NON

Survenue d'un second cancer : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui**/ SECONDCANCER_M12 OUI NON

* compléter la fiche événement correspondante

** compléter la fiche fin d'étude

M12 – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN GAUCHE

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_G1_M12 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_G1_M12 OUI NON

Traumatisme bras : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMBRAS_G_M12 OUI NON

Traumatisme épaule : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMEPaul_G_M12 OUI NON

Traumatisme sein : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMSEIN_G_M12 OUI NON

Drainage : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui DRAINAGE_G_M12 Si oui, nb de séances : | | | NBDRAINAGE_G_M12

Rééducation : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui, site : 1 ☐ Bras 2 ☐ Epaule Nb de séances : | | | REEDUC_G_M12 OUI NON SITE REEDUC_G_M12 MEMBRE NBREEDUC_G_M12

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Ganglion Axillaire	Limitation des mouvements de l'épaule	Score de constant	Antépulsion : ANTEPUL_G_M12
			Abduction : ABDUCT_G_M12
			Rotation latérale : ROTALAT_G_M12
			Rotation médiale : ROTAMED_G_M12
Ganglion Axillaire	Limitation de la force musculaire de l'épaule	Score de constant	LIMITAT_G_M12
Ganglion Axillaire	Lymphocèle chronique	Ponction (nombre depuis la chirurgie)	LYMPHOC_G_M12
Ganglion Axillaire	Douleur	Echelle Numérique	DOULGANG_G_M12
Ganglion Axillaire	Lymphoedème	Mesure (cm)	Bras controlatéral : BRASCONTRO_G_M12
			Bras homolatéral : BRASHOMO_G_M12
			Avant-bras à 10 cm sous le coude : AVANTBRAS_G_M12
			Poignet : POIGNET_G_M12
			Manchon : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui MANCHON_G_M12
Sein	Douleur	Echelle Numérique	DOULSEIN_G_M12
Sein	Résultat esthétique	Evaluation observationnelle (0-4)	RESESTHE_G_M12
Sein	Cicatrisation	Vancouver scar scale	Inflammation : INFLAMM_G_M12
			Couleur : COULEUR_G_M12
			Epaisseur : EPAISS_G_M12
			Extensibilité : EXTENS_G_M12

M12 – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN GAUCHE

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_G2_M12 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_G2_M12 OUI NON

Reconstruction : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui

Si oui, Date : | | | / | | | / | | | | DTRECONS_G_M12

RECONS_G_M12 OUI NON

Pour les centres participant à l'évaluation esthétique

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Reconstruction	Résultat esthétique	Echelle Numérique	Êtes-vous satisfaite du résultat de la reconstruction : 0 à 10 : SATISF_G_M12
		Echelle « good fair poor »	Evaluation par le chirurgien : EVALCHIR_G_M12
			Evaluation par l'infirmière : EVALINF_G_M12
			Evaluation par la patiente : EVALPAT_G_M12

SIGNES ET SYMPTOMES CUTANES : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui SIGNECUT_G_M12 OUI NON

Si oui, compléter ci-dessous :

GRADE (échelle CTC V4.0)	Date de début	Date de fin	En cours
Atrophie	ATRO_G_M12 DTDEBATRO_G_M12	DTFINATRO_G_M12 1 <input type="checkbox"/> ECATRO_G_M12 CNC	
Rougeur/Erythème	ROUG_G_M12 DTDEBROUG_G_M12	DTFINROUG_G_M12 1 <input type="checkbox"/> ECROUG_G_M12 CNC	
Fibrose sous-cutanée	FIBR_G_M12 DTDEBFIBR_G_M12	DTFINFIBR_G_M12 1 <input type="checkbox"/> ECFIBR_G_M12 CNC	
Hyperpigmentation	PIGM_G_M12 DTDEBPIGM_G_M12	DTFIN PIGM_G_M12 1 <input type="checkbox"/> ECPIGM_G_M12 CNC	
Eruption cutanée	ERUP_G_M12 DTDEBERUP_G_M12	DTFINERUP_G_M12 1 <input type="checkbox"/> ECERUP_G_M12 CNC	
Télangiectasie	TELA_G_M12 DTDEBTELA_G_M12	DTFINTELA_G_M12 1 <input type="checkbox"/> ECTELA_G_M12 CNC	
Ulcération	ULCE_G_M12 DTDEBULCE_G_M12	DTFINULCE_G_M12 1 <input type="checkbox"/> ECULCE_G_M12 CNC	

(Données à récupérer auprès des radiothérapeutes)

M12 – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN DROIT

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_D1_M12 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_D1_M12 OUI NON

Traumatisme bras : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMBRAS_D_M12 OUI NON

Traumatisme épaule : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMEPaul_D_M12 OUI NON

Traumatisme sein : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMSEIN_D_M12 OUI NON

Drainage : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui DRAINAGE_D_M12 Si oui, nb de séances : | | | NBDRAINAGE_D_M12

Rééducation : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui, site : 1 ☐ Bras 2 ☐ Epaule Nb de séances : | | | REEDUC_D_M12 OUI NON SITE REEDUC_D_M12 MEMBRE NBREEDUC_D_M12

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Ganglion Axillaire	Limitation des mouvements de l'épaule	Score de constant	Antépulsion : ANTEPUL_D_M12
			Abduction : ABDUCT_D_M12
			Rotation latérale : ROTALAT_D_M12
			Rotation médiale : ROTAMED_D_M12
Ganglion Axillaire	Limitation de la force musculaire de l'épaule	Score de constant	LIMITAT_D_M12
Ganglion Axillaire	Lymphocèle chronique	Ponction (nombre depuis la chirurgie)	LYMPHOC_D_M12
Ganglion Axillaire	Douleur	Echelle Numérique	DOULGANG_D_M12
Ganglion Axillaire	Lymphoedème	Mesure (cm)	Bras controlatéral : BRASCONTRO_D_M12
			Bras homolatéral : BRASHOMO_D_M12
			Avant-bras à 10 cm sous le coude : AVANTBRAS_D_M12
			Poignet : POIGNET_D_M12
			Manchon : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui MANCHON_D_M12
Sein	Douleur	Echelle Numérique	DOULSEIN_D_M12
Sein	Résultat esthétique	Evaluation observationnelle (0-4)	RESESTHE_D_M12
Sein	Cicatrisation	Vancouver scar scale	Inflammation : INFLAMM_D_M12
			Couleur : COULEUR_D_M12
			Epaisseur : EPAISS_D_M12
			Extensibilité : EXTENS_D_M12

M12 – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN DROIT

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_D2_M12 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_D2_M12 OUI NON

Reconstruction : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui, Date : | | | / | | | / | | | | DTRECONS_D_M12
RECONS_D_M12 OUI NON

Pour les centres participant à l'évaluation esthétique

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Reconstruction	Résultat esthétique	Echelle Numérique	Êtes-vous satisfaite du résultat de la reconstruction : 0 à 10 : SATISF_D_M12
		Echelle « good fair poor »	Evaluation par le chirurgien : EVALCHIR_D_M12
			Evaluation par l'infirmière : EVALINF_D_M12
			Evaluation par la patiente : EVALPAT_D_M12

SIGNES ET SYMPTOMES CUTANES : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui SIGNECUT_D_M12 OUI NON

Si oui, compléter ci-dessous :

GRADE (échelle CTC V4.0)		Date de début	Date de fin	En cours
Atrophie	ATRO_D_M12 DTDEBATRO_D_M12	DTFINATRO_D_M12	1 <input type="checkbox"/> ECATRO_D_M12	CNC
Rougeur/Erythème	ROUG_D_M12 DTDEBROUG_D_M12	DTFINROUG_D_M12	1 <input type="checkbox"/> ECROUG_D_M12	CNC
Fibrose sous-cutanée	FIBR_D_M12 DTDEBFIBR_D_M12	DTFINFIBR_D_M12	1 <input type="checkbox"/> ECFIBR_D_M12	CNC
Hyperpigmentation	PIGM_D_M12 DTDEBPIGM_D_M12	DTFIN PIGM_D_M12	1 <input type="checkbox"/> ECPIGM_D_M12	CNC
Eruption cutanée	ERUP_D_M12 DTDEBERUP_D_M12	DTFINERUP_D_M12	1 <input type="checkbox"/> ECERUP_D_M12	CNC
Télangiectasie	TELA_D_M12 DTDEBTELA_D_M12	DTFINTELA_D_M12	1 <input type="checkbox"/> ECTELA_D_M12	CNC
Ulcération	ULCE_D_M12 DTDEBULCE_D_M12	DTFINULCE_D_M12	1 <input type="checkbox"/> ECULCE_D_M12	CNC

(Données à récupérer auprès des radiothérapeutes)

M12 – EVALUATION GYNECOLOGIQUE

CANcer TOxicities

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes gynécologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALGYNECO_M12 OUINON

Sécheresse vaginale : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui : 1 ☐ Modérée 2 ☐ Intense
SECHVAG_M12 OUINON INTSECHVAG_M12 INTENS

Leucorrhées : 1 ☐ Jamais 2 ☐ Peu fréquentes 3 ☐ Très fréquentes LEUCOR_M12 LEUCOR

Saignements (si grade ≥ 1 : échographie + avis gynécologique) : Grade CTC v4.0 : ☐ SAIGNEM_M12

Infections gynécologiques : 1 ☐ Jamais 2 ☐ < 1mois 3 ☐ > 1mois INFGYN_M12 INFGYN

Bouffées de chaleur : Grade CTC v4.0 : ☐ BOUFF_M12

Si bouffées de chaleur grade ≥ 1 , traitement des bouffées de chaleur :

TTBOUFF1_M12 TTBOUFF2_M12 TTBOUFF3_M12 TTBOUFF4_M12 TTBOUFF5_M12 TTBOUFF6_M12
1 ☐ Médicamenteux 1 ☐ Auriculothérapie 1 ☐ Homéopathie 1 ☐ Acupuncture 1 ☐ Autre 1 ☐ Aucun CNC

Efficacité : 1 ☐ Nulle 2 ☐ Modérée 3 ☐ Efficace EFFICTTBOUFF_M12 EFFICACITE

Sueurs nocturnes réveillant la patiente : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui SUEURNOCT_M12 OUINON

Persistance des règles : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui PERSISTREGL_M12 OUINON

Si non date des dernières règles : ☐ / ☐ / ☐ DTDERNREGL_M12

Contraception : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui : Stérilet cuivre : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT1_M12
CONTRACEPT_M12 Stérilet hormonal : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT2_M12
OUINON

Pilule : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT3_M12

Implant : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT4_M12

Autre : OTHCONTRACEPT_M12 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT5_M12

Précisez

OUINON

Grossesse : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui GROSSESSE_M12 OUINON

ECHOPELV_M12 OUINON

RESECHOPELV_M12 RESULTAT

Echographie pelvienne : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui : 1 ☐ Normale 2 ☐ Anormale

Si anormale, préciser : ANORMECHOPELV_M12

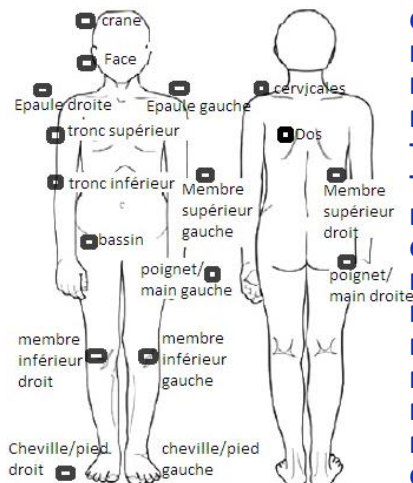
M12 – EVALUATION RHUMATOLOGIQUE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes rhumatologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALRHUMATO_M12 QUINON

Si oui, spécifier les points douloureux présentés par la patiente sur le schéma ci-dessous :



CRANE_M12
FACE_M12
EPAULED_M12
EPAULEG_M12
TRONCSUP_M12
TRONCINF_M12
BASSIN_M12
CERVICAL_M12
DOS_M12
MEMBSUPD_M12
MEMBSUPG_M12
MEMBINFD_M12
MEMBINFG_M12
POIGNETD_M12
POIGNETG_M12
CHEVILLED_M12
CHEVILLEG_M12

Echelle Numérique :

Note de 0 à 10 pour situer le niveau de douleur

Note 0 est égale à "pas de douleur"

Note 10 est égale à "la douleur maximale imaginable"

Note donnée par la patiente pour le point le plus douloureux

ressenti : | | | | | NOTE_M12

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleurs musculaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui MUSC_M12 QUINON Si oui préciser le siège : SIEGEMUSC1~7_M12 CNC

1 ☐ Dos 1 ☐ Fesses 1 ☐ Membre inférieurs 1 ☐ Membres supérieurs 1 ☐ Extrémités 1 ☐ Autre : OTHMUSC_M12

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | | | INTENSMUSC_M12

- Pics douloureux : EN | | | | fréquence | | | | / semaine PICMUSC_M12 / FREQMUSC_M12

- Douleurs au repos : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui MUSCREPOS_M12 QUINON Douleurs à la reprise : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui MUSCREPRISE_M12 QUINON

Douleurs articulaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ARTI_M12 QUINON Si oui préciser le siège : SIEGEARTI1~8_M12 CNC

1 ☐ Hanche 1 ☐ Genou 1 ☐ Pied/Cheville 1 ☐ Epaule 1 ☐ Coude 1 ☐ Mains/poignet 1 ☐ Autre : OTHARTI_M12

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | | | INTENSARTI_M12

- Pics douloureux : EN | | | | fréquence | | | | / semaine PICARTI_M12 / FREQARTI_M12

- Douleurs au repos : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ARTIREPOS_M12 QUINON Douleurs à la reprise : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ARTIREPRISE_M12 QUINON

IRM articulaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui IRM_M12 QUINON Si oui : 1 ☐ Normal 2 ☐ Anormal RESIRM_M12 RESULTAT

Syndrome canal carpien 0 ☐ Oui 1 ☐ Non CARP_M12 QUINON Si oui : côté : 1 ☐ Droit 2 ☐ Gauche

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | | | INTENSCARP_M12

COTECARP_M12 COTE

- Pics douloureux : EN | | | | fréquence | | | | / semaine PICCARP_M12 / FREQCARP_M12

EMG : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EMG_M12 QUINON Si oui : 1 ☐ Normal 2 ☐ Anormal RESEMG_M12 RESULTAT

FRACTURE OSSEUSE : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui

FRAC_M12 QUINON

Si oui, Nombre | | | | NBFrac_M12

Date : | | | | / | | | | / | | | | DTFRAC1_M12

Date : | | | | / | | | | / | | | | DTFRAC2_M12

Date : | | | | / | | | | / | | | | DTFRAC3_M12

Cause la plus probable :

1 ☐ Métastase CAUSEFRAC_M12
CAUSEFRAC

2 ☐ Ostéoporose

3 ☐ Traumatisme

4 ☐ Autre, OTHCAUSEFRAC_M12

Site de la(des) fracture(s) :

1 ☐ Pelvis 2 ☐ Tibia

3 ☐ Vertèbres cervicales SITEFRAC_M12

4 ☐ Vertèbres lombaires SITEFRAC

5 ☐ Fémur 6 ☐ Cheville

7 ☐ Thorax 8 ☐ Avant bras

9 ☐ Autre, OTHSITEFRAC_M12

M12 – EVALUATION NEUROLOGIQUE

CANCER TOXICITÉS

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes neurologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALNEURO_M12 OUI NON

Toxicités	Présence	Grade Max
Troubles de la concentration	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui CONCENTR_M12	GRADCONCENTR_M12
Dysgueusie	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui DYSG_M12	GRAD DYSG_M12
Maux de tête	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui MAUXTETE_M12	GRADMAUXTETE_M12
Paresthésies	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PARES_M12	GRADPARES_M12
Neuropathie motrice périphérique	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui NEUROMOT_M12	GRADNEUROMOT_M12
Neuropathie sensorielle périphérique	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui NEUROSENS_M12	GRADNEUROSENS_M12
Autre toxicité neurologique Précisez : TYPOTHNEURO1_M12	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHNEURO1_M12	GRADOTHNEURO1_M12
Autre toxicité neurologique Précisez : TYPOTHNEURO2_M12	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHNEURO2_M12	GRADOTHNEURO2_M12
Autre toxicité neurologique Précisez : TYPOTHNEURO3_M12	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHNEURO3_M12	GRADOTHNEURO3_M12

OUI NON

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

--	--

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

M12 – EVALUATION CARDIOLOGIQUE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes cardiologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALCARDIO_M12 QUINON

Consultation d'un cardiologue depuis la dernière visite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONSULTCARDIO_M12

Si oui, précisez maladie/événement : EVCARDIO1_M12 / EVCARDIO2_M12 / EVCARDIO3_M12

Examens FEVG disponibles : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui FEVCARDIO_M12 QUINON

Date	Méthode	Résultat
DTFEVCARDIO1_M12 _ _ / _ _ / _ _ _ _	METHODCARDIO1_M12 1 <input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) 2 <input type="checkbox"/> Echographique	RESCARDIO1_M12 _ _ _ %
DTFEVCARDIO2_M12 _ _ / _ _ / _ _ _ _	METHODCARDIO2_M12 1 <input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) 2 <input type="checkbox"/> Echographique	RESCARDIO2_M12 _ _ _ %
DTFEVCARDIO3_M12 _ _ / _ _ / _ _ _ _	METHODCARDIO3_M12 1 <input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) 2 <input type="checkbox"/> Echographique	RESCARDIO3_M12 _ _ _ %

METHODE_FEVG

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

--	--

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

M12 – EVALUATION ARTERIO-VEINEUSE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes artério-veineux : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALARTERIO_M12 OUINON

Toxicités	Présence
Hypertension artérielle	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui HYPERTENS_M12 OUINON
Phlébite	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PHLEB_M12 OUINON
Accident Ischémique artérielle	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui AIA_M12 OUINON
Autre trouble vasculaire Précisez : TYPOTHVASC1_M12	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHVASC1_M12 OUINON
Autre trouble vasculaire Précisez : TYPOTHVASC2_M12	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHVASC2_M12 OUINON
Autre trouble vasculaire Précisez : TYPOTHVASC3_M12	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHVASC3_M12 OUINON

M12 – EVALUATION PULMONAIRE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes pulmonaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALPULMO_M12 OUINON

Toxicités	Présence	Grade Max
Dyspnée	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui DYS_P_M12	GRADDYSP_M12
Epanchement pleural	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PLEUR_M12	GRADPLEUR_M12
Embolie pulmonaire	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui EMBOL_M12	GRADEMBOL_M12
Toux productive	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui TOUX_M12	GRADTOUX_M12
Autre toxicité pulmonaire Précisez : TYPOTHPULMO1_M12	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPULMO1_M12	GRADOTHPULMO1_M12
Autre toxicité pulmonaire Précisez : TYPOTHPULMO2_M12	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPULMO2_M12	GRADOTHPULMO2_M12
Autre toxicité pulmonaire Précisez : TYPOTHPULMO3_M12	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPULMO3_M12	GRADOTHPULMO3_M12

OUINON

M12 – EVALUATION GASTRO-INTESTINALE

CANcer TOxicités

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes gastro-intestinaux : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALGASTRO_M12 QUINON

Toxicités	Présence	Grade Max
Diarrhée	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui DIAR_M12	GRADDIAR_M12
Nausées	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui NAUS_M12	GRADNAUS_M12
Vomissements	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui VOMI_M12	GRADVOMI_M12
Constipation	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui CONSTIP_M12	GRADCONSTIP_M12

QUINON

M12 – EVALUATION PEAU / MUQUEUSES / PHANERES

CANcer TOxicités

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes peau / muqueuses / phanères : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALPEAU_M12 QUINON

Toxicités	Présence	Grade Max
Alopécie	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui ALOP_M12	GRADALOP_M12
Toxicité unguéale	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui UNGU_M12	GRADUNGU_M12
Prurit	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PRURIT_M12	GRADPRURIT_M12
Rash	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui RASH_M12	GRADRASH_M12
Autre précisez : _____TYPOTHPEAU1_M12_____	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPEAU1_M12	GRADOTHPEAU1_M12
Autre précisez : _____TYPOTHPEAU2_M12_____	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPEAU2_M12	GRADOTHPEAU2_M12

QUINON

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

--	--	--

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

M12 – TROUBLES GENERAUX

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes généraux : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALGEN_M12 QUINON

Si oui précisez :

OTHGEN1_M12	/	OTHGEN 2_M12
OTHGEN3_M12	/	OTHGEN 4_M12
OTHGEN5_M12	/	OTHGEN 6_M12
OTHGEN7_M12	/	OTHGEN 8_M12

Maladie endocrinienne : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ENDO_M12 QUINON

Si oui nature : 1 ☐ Hyperthyroïdie 2 ☐ Hypothyroïdie 3 ☐ Autre : OTHENDO_M12
NATENDO_M12 ENDO

M12 – CONSULTATIONS MEDICALES / PARAMEDICALES

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

		CONSGEN_M12	OUINON			NBGEN_M12
Consultation d'un généraliste : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite						
Consultation d'un spécialiste : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui CONSSPE_M12 OUINON						
1 <input type="checkbox"/> Cardiologue				Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBCARDIO_M12
CONSCARDIO_M12	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Dermatologue				Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBDERMA_M12
CONSDERMA_M12	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Dentiste				Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBDENT_M12
CONSDENT_M12	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Gynécologue				Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBGYNECO_M12
CONSGYNECO_M12	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Neurologue				Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBNEURO_M12
CONSNEURO_M12	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Ophtalmologiste				Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBOPHTALMO_M12
CONSOPHTALMO_M12	CNC					
1 <input type="checkbox"/> ORL				Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBORL_M12
CONSORL_M12	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Phlébologue				Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBPHLEBO_M12
CONSPHLEBO_M12	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Podologue				Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBPODO_M12
CONSPODO_M12	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Autre, préciser OTHSP1_M12		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite				NBOTHSP1_M12
CONSOTHSP1_M12	CNC	Idem 2 et 3				Idem 2 et 3
Consultation d'un professionnel paramédical : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui CONSPARA_M12 OUINON						
1 <input type="checkbox"/> Acupuncteur				Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBACUP_M12
CONSACUP_M12	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Diététicien/nutritionniste				Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBDIET_M12
CONSDIET_M12	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Homéopathe				Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBHOMEO_M12
CONSHOMEO_M12	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Ostéopathe				Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBOSTEO_M12
CONSOSTEO_M12	CNC					
1 <input type="checkbox"/> Naturopathe				Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBNATUR_M12
CONSNATUR_M12	CNC					
Consultation d'un sexologue : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite						
		CONSSEXO_M12	OUINON			NBSEXO_M12
Consultation d'un psychiatre : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite						
		CONSPSY_M12	OUINON			NBPSY_M12
Consultation d'un psychologue : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite						
		CONSPSYCHO_M12	OUINON			NBPSYCHO_M12
Cure thermale : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite						
		CURETHERM_M12	OUINON			NBCURETHERM_M12
Séance de kinésithérapeute : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite						
		CONSKINE_M12	OUINON			NBKINE_M12
Type 1 <input type="checkbox"/> Drainage 2 <input type="checkbox"/> Rééducation 3 <input type="checkbox"/> Autre, préciser						OTHRAISKINE_M12
		RAISKINE_M12	RAISON_KINE			

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

--	--	--

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

M12 – PROBLEMES INFECTIEUX

CANCER TOXICITIES

Depuis la dernière visite

Vaccination contre la grippe : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui VACCIN_M12 OUINON

Prise de traitements préventifs des infections hivernales : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TTPREV_M12 OUINON

Si oui, préciser TYPTTPREV_M12

Nombre d'épisodes de fièvre : | | | NBFIEVRE_M12

Dont : - Grippe : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui GRIPPE_M12 OUINON

- Infections ORL, angines incluses : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INFORL_M12 OUINON

- Infections urinaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INFURIN_M12 OUINON

Nombre de gastroentérites : | | | NBGASTRO_M12

Autres infections sans fièvre : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui OTHINFECT_M12 OUINON

Si oui, préciser : OTHINFECT1_M12 / OTHINFECT2_M12 / OTHINFECT3_M12

M12 – COMMENTAIRES LIBRES

CANCER TOXICITIES

COMM_M12

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

--	--	--

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

M12 – QUESTIONNAIRES

CANCER TOXICITIES

↳ Questionnaires QDV et Psychologiques

Questionnaire "Votre santé" complété

0 ☐ Non 1 ☐ Oui QUESTSANTE_M12 QUINON
DTQUESTSANTE_M12

Si oui, date : | | / | | / 20 | |

↳ Questionnaires socio-économiques

Questionnaire "Votre situation sociale" complété :

0 ☐ Non 1 ☐ Oui QUESTSOC_M12 QUINON
DTQUESTSOC_M12

Si oui, date : | | / | | / 20 | |

↳ La patiente a-t-elle bénéficié d'un tutorat d'aide au remplissage des questionnaires de l'étude :

0 ☐ Non 1 ☐ Oui TUT_M12 QUINON

M36 – EXAMEN CLINIQUE

CANCER TOXICITIES

Examen clinique fait : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EXAM_M36 QUINON

Date de l'examen : ____/____/____ DTEXAM_M36

Etat général ECOG : ____ ECOG_M36

Poids : ____ , ____ kg POIDS_M36

IMC (poids/taille²) : ____ kg/m² IMC_M36

M36 – TRAITEMENTS CONCOMITANTS

CANCER TOXICITIES

Prise de traitements concomitants 0 ☐ Non 1 ☐ Oui (Si oui compléter la fiche correspondante)
TTCONC_M36 QUINON

M36 – TRAITEMENT DU CANCER

CANCER TOXICITIES

Traitement hormonal en cours : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TTTHORM_M36 QUINON

M36 – QUESTIONS GENERALES

CANCER TOXICITIES

Depuis la dernière visite, hospitalisation pour motifs psychiatriques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui

Si oui, Nombre d'hospitalisation : ____ PSYHOSP_M36 QUINON
NBPSYHOSP_M36

Depuis la dernière visite, habitudes tabagiques :

1 ☐ Augmentées 2 ☐ Diminuées 3 ☐ Inchangées TABAC_M36 HABITUDE

Depuis la dernière visite, consommation quotidienne d'alcool :

1 ☐ Augmentée 2 ☐ Diminuée 3 ☐ Inchangée ALCOOL_M36 HABITUDE

M36 – EXAMEN PARACLINIQUE

CANCER TOXICITIES

FEVG : Examen réalisé : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui **FEVG_M36** **QUINON**

Si oui, date de réalisation : ____/____/20____ **DTFEVG_M36**

Méthode utilisée : 1 ☐ Isotopique (MUGA) 2 ☐ Echographique **METHODFEVG_M36**
La méthode utilisée devra rester la même tout au long de l'étude **METHODE_FEVG**

Résultat : ____% **RESFEVG_M36**

Norme inférieure : ____% **NORMFEVG_M36**

Ostéodensitométrie (en cas de traitement par Aromatase) : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui **OSTEO_M36** **QUINON**

Si oui, date de réalisation : ____/____/20____ **DTOSTEO_M36**

Localisation	T-score	DMO (g/cm ²)
RACHIS_M36 CNC 1 <input type="checkbox"/> Rachis lombaire	SCORERACHIS_M36 ____.____	DMORACHIS_M36 ____.____
COLFEM_M36 CNC 1 <input type="checkbox"/> Col fémoral	SCORECOLFEM_M36 ____.____	DMOCOLFEM_M36 ____.____
HANCHE_M36 CNC 1 <input type="checkbox"/> Hanches	SCOREHANCHE_M36 ____.____	DMOHANCHE_M36 ____.____

Autres examens : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui **OTHEXAM_M36** **QUINON**

1 : Si oui, date de réalisation : ____/____/20____ **DTOTHEXAM1_M36**

Nature de l'examen : **NATOTHEXAM1_M36**

Résultat : 0 ☐ Normal 1 ☐ Anormal Si anormal, préciser : **ANORMOTHEXAM1_M36**
RESOTHEXAM1_M36 **RESULTAT**

2 : Si oui, date de réalisation : ____/____/20____ **DTOTHEXAM2_M36**

Nature de l'examen : **NATOTHEXAM2_M36**

Résultat : 0 ☐ Normal 1 ☐ Anormal Si anormal, préciser : **ANORMOTHEXAM2_M36**
RESOTHEXAM2_M36 **RESULTAT**

Rechute depuis la dernière visite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui* **RECHUTE_M36** **QUINON**

Si oui Rechute loco-régionale : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui* **LOCOREG_M36** **QUINON**

Rechute à distance : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui** **RECHDIST_M36** **QUINON**

Cancer controlatéral : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui* **CONTRO_M36** **QUINON**

Survenue d'un second cancer : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui** **SECONDCANCER_M36** **QUINON**

* compléter la fiche événement correspondante

** compléter la fiche fin d'étude

M36 - EXAMENS BIOLOGIQUES

CANcer TOxicities

BILAN HEMATOLOGIQUE DTBILANHEMATO_M36	Valeurs ⁽²⁾	Unités UNIT+nomvar	Normales laboratoire NORMINF/SUP +nomvar
Date prélèvement ¹ 20			
Hémoglobine	HEMO_M36	1 mmol/L 2 g/dL 3 g/L	UNT_HEMO
Plaquettes	PLAQ_M36	1 10 ⁹ /L 2 /mm ³ 3 G/L	UNT_LYMP
Neutrophiles	NEUT_M36	1 10 ⁹ /L 2 /mm ³ 3 G/L	UNT_LYMP
Lymphocytes	LYMP_M36	1 10 ⁹ /L 2 /mm ³ 3 G/L	UNT_LYMP
BILAN HEPATIQUE DTBILANHEPAT_M36	Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹ 20			
Bilirubine	BILI_M36	1 µmol/L 2 mg/L	UNT_BILI
ALAT/SGPT	ALAT_M36	1 UI/L	UNT_FSH
ASAT/SGOT	ASAT_M36	1 UI/L	UNT_FSH
Phosphatases alcalines	PHOS_M36	1 UI/L	UNT_FSH
γGT	gGT_M36	1 UI/L	UNT_FSH
IONOGRAMME DTBILANIONO_M36	Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹ 20			
Glycémie à jeun	GLYC_M36	1 µmol/L 2 mmol/L 3 g/L	UNT_GLYC
25 OH vit D3	25OH_M36	1 µg/L 2 ng/mL 3 g/L 4 nmol/L 5 UI/L	UNT_25OH
Troponine	TROP_M36	1 µg/L 2 g/L 3 µg/mL 4 ng/L	UNT_TROPO
BNP	BNP_M36	1 pg/mL 2 pg/L	UNT_BNP
Calcémie	CALC_M36	1 mmol/L 2 mg/L	UNT_CALC
Phosphorémie	PHOSP_M36	1 µmol/L 2 mmol/L 3 mg/L	UNT_PHOSP
Cholestérolémie totale	CHOL_M36	1 mmol/L 2 g/L	UNT_LDL
LDL	LDL_M36	1 mmol/L 2 g/L	UNT_LDL
HDL	HDL_M36	1 mmol/L 2 g/L	UNT_LDL
Triglycéridémie	TRIG_M36	1 mmol/L 2 g/L	UNT_LDL
Albuminémie	ALBU_M36	1 g/L	UNT_ALBU
BILAN RENAL DTBILANRENAL_M36	Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹ 20			
Créatinine	CREA_M36	1 mg/dL 2 µmol/L	UNT_CREAT
Clearance créatinine (Cockcroft)	CLEA_M36	mL/min	
BILAN OVARIEN DTBILANOVAR_M36	Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹ 20			
FSH	FSH_M36	1 UI/L	UNT_FSH
LH	LH_M36	1 UI/L	UNT_FSH
Oestradiolémie	OEST_M36	1 ng/L 2 pmol/L 3 UI/L	UNT_OEST

(1) lorsque plusieurs prélèvements ont été effectués, reporter uniquement la date du dernier prélèvement

(2) notez NK si l'analyse est «non faite» / (3) si <X notez [0 – X] , si >X notez [X – 999]

M36 – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN GAUCHE

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_G1_M36 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_G1_M36 OUI NON

Traumatisme bras : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMBRAS_G_M36 OUI NON

Traumatisme épaule : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMEPaul_G_M36 OUI NON

Traumatisme sein : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMSEIN_G_M36 OUI NON

Drainage : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui DRAINAGE_G_M36 Si oui, nb de séances : | | | NBDRAINAGE_G_M36

Rééducation : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui, site : 1 ☐ Bras 2 ☐ Epaule Nb de séances : | | | REEDUC_G_M36 OUI NON SITE REEDUC_G_M36 MEMBRE NBREEDUC_G_M36

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Ganglion Axillaire	Limitation des mouvements de l'épaule	Score de constant	Antépulsion : ANTEPUL_G_M36
			Abduction : ABDUCT_G_M36
			Rotation latérale : ROTALAT_G_M36
			Rotation médiale : ROTAMED_G_M36
Ganglion Axillaire	Limitation de la force musculaire de l'épaule	Score de constant	LIMITAT_G_M36
Ganglion Axillaire	Lymphocèle chronique	Ponction (nombre depuis la chirurgie)	LYMPHOC_G_M36
Ganglion Axillaire	Douleur	Echelle Numérique	DOULGANG_G_M36
Ganglion Axillaire	Lymphoedème	Mesure (cm)	Bras controlatéral : BRASCONTRO_G_M36
			Bras homolatéral : BRASHOMO_G_M36
			Avant-bras à 10 cm sous le coude : AVANTBRAS_G_M36
			Poignet : POIGNET_G_M36
			Manchon : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui MANCHON_G_M36
Sein	Douleur	Echelle Numérique	DOULSEIN_G_M36
Sein	Résultat esthétique	Evaluation observationnelle (0-4)	RESESTHE_G_M36
Sein	Cicatrisation	Vancouver scar scale	Inflammation : INFLAMM_G_M36
			Couleur : COULEUR_G_M36
			Epaisseur : EPAISS_G_M36
			Extensibilité : EXTENS_G_M36

M36 – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN GAUCHE

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_G2_M36 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_G2_M36 OUI NON

Reconstruction : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui

Si oui, Date : | | | / | | | / | | | | DTRECONS_G_M36

RECONS_G_M36 OUI NON

Pour les centres participant à l'évaluation esthétique

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Reconstruction	Résultat esthétique	Echelle Numérique	Êtes-vous satisfaite du résultat de la reconstruction : 0 à 10 : SATISF_G_M36
		Echelle « good fair poor »	Evaluation par le chirurgien : EVALCHIR_G_M36
			Evaluation par l'infirmière : EVALINF_G_M36
			Evaluation par la patiente : EVALPAT_G_M36

SIGNES ET SYMPTOMES CUTANES : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui SIGNECUT_G_M36 OUI NON

Si oui, compléter ci-dessous :

GRADE (échelle CTC V4.0)	Date de début	Date de fin	En cours
Atrophie	ATRO_G_M36 DTDEBATRO_G_M36	DTFINATRO_G_M36 1 <input type="checkbox"/> ECATRO_G_M36 CNC	
Rougeur/Erythème	ROUG_G_M36 DTDEBROUG_G_M36	DTFINROUG_G_M36 1 <input type="checkbox"/> ECROUG_G_M36 CNC	
Fibrose sous-cutanée	FIBR_G_M36 DTDEBFIBR_G_M36	DTFINFIBR_G_M36 1 <input type="checkbox"/> ECFIBR_G_M36 CNC	
Hyperpigmentation	PIGM_G_M36 DTDEBPIGM_G_M36	DTFIN PIGM_G_M36 1 <input type="checkbox"/> ECPIGM_G_M36 CNC	
Eruption cutanée	ERUP_G_M36 DTDEBERUP_G_M36	DTFINERUP_G_M36 1 <input type="checkbox"/> ECKERUP_G_M36 CNC	
Télangiectasie	TELA_G_M36 DTDEBTELA_G_M36	DTFINTELA_G_M36 1 <input type="checkbox"/> ECTELA_G_M36 CNC	
Ulcération	ULCE_G_M36 DTDEBULCE_G_M36	DTFINULCE_G_M36 1 <input type="checkbox"/> ECULCE_G_M36 CNC	

(Données à récupérer auprès des radiothérapeutes)

M36 – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN DROIT

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_D1_M36 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_D1_M36 OUI NON

Traumatisme bras : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMBRAS_D_M36 OUI NON

Traumatisme épaule : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMEPaul_D_M36 OUI NON

Traumatisme sein : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMSEIN_D_M36 OUI NON

Drainage : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui DRAINAGE_D_M36 Si oui, nb de séances : | | | NBDRAINAGE_D_M36

Rééducation : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui, site : 1 ☐ Bras 2 ☐ Epaule Nb de séances : | | | REEDUC_D_M36 OUI NON SITEREEDUC_D_M36 MEMBRE NBREEDUC_D_M36

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Ganglion Axillaire	Limitation des mouvements de l'épaule	Score de constant	Antépulsion : ANTEPUL_D_M36
			Abduction : ABDUCT_D_M36
			Rotation latérale : ROTALAT_D_M36
			Rotation médiale : ROTAMED_D_M36
Ganglion Axillaire	Limitation de la force musculaire de l'épaule	Score de constant	LIMITAT_D_M36
Ganglion Axillaire	Lymphocèle chronique	Ponction (nombre depuis la chirurgie)	LYMPHOC_D_M36
Ganglion Axillaire	Douleur	Echelle Numérique	DOULGANG_D_M36
Ganglion Axillaire	Lymphoedème	Mesure (cm)	Bras controlatéral : BRASCONTRO_D_M36
			Bras homolatéral : BRASHOMO_D_M36
			Avant-bras à 10 cm sous le coude : AVANTBRAS_D_M36
			Poignet : POIGNET_D_M36
			Manchon : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui MANCHON_D_M36
Sein	Douleur	Echelle Numérique	DOULSEIN_D_M36
Sein	Résultat esthétique	Evaluation observationnelle (0-4)	RESESTHE_D_M36
Sein	Cicatrisation	Vancouver scar scale	Inflammation : INFLAMM_D_M36
			Couleur : COULEUR_D_M36
			Epaisseur : EPAISS_D_M36
			Extensibilité : EXTENS_D_M36

M36 – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN DROIT

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_D2_M36 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_D2_M36 OUINON

Reconstruction : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui, Date : | | | / | | | / | | | | DTRECONS_D_M36
RECONS_D_M36 OUINON

Pour les centres participant à l'évaluation esthétique

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Reconstruction	Résultat esthétique	Echelle Numérique	Êtes-vous satisfaite du résultat de la reconstruction : 0 à 10 : SATISF_D_M36
		Echelle « good fair poor »	Evaluation par le chirurgien : EVALCHIR_D_M36
			Evaluation par l'infirmière : EVALINF_D_M36
			Evaluation par la patiente : EVALPAT_D_M36

SIGNES ET SYMPTOMES CUTANES : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui SIGNECUT_D_M36 OUINON

Si oui, compléter ci-dessous :

GRADE (échelle CTC V4.0)		Date de début	Date de fin	En cours
Atrophie	ATRO_D_M36 DTDEBATRO_D_M36	DTFINATRO_D_M36	1 <input type="checkbox"/> ECATRO_D_M36	CNC
Rougeur/Erythème	ROUG_D_M36 DTDEBROUG_D_M36	DTFINROUG_D_M36	1 <input type="checkbox"/> ECROUG_D_M36	CNC
Fibrose sous-cutanée	FIBR_D_M36 DTDEBFIBR_D_M36	DTFINFIBR_D_M36	1 <input type="checkbox"/> ECFIBR_D_M36	CNC
Hyperpigmentation	PIGM_D_M36 DTDEBPIGM_D_M36	DTFIN PIGM_D_M36	1 <input type="checkbox"/> ECPIGM_D_M36	CNC
Eruption cutanée	ERUP_D_M36 DTDEBERUP_D_M36	DTFINERUP_D_M36	1 <input type="checkbox"/> ECERUP_D_M36	CNC
Télangiectasie	TELA_D_M36 DTDEBTELA_D_M36	DTFINTELA_D_M36	1 <input type="checkbox"/> ECTELA_D_M36	CNC
Ulcération	ULCE_D_M36 DTDEBULCE_D_M36	DTFINULCE_D_M36	1 <input type="checkbox"/> ECULCE_D_M36	CNC

(Données à récupérer auprès des radiothérapeutes)

M36 – EVALUATION GYNECOLOGIQUE

CANcer TOxicities

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes gynécologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALGYNECO_M36 OUINON

Sécheresse vaginale : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui : 1 ☐ Modérée 2 ☐ Intense
SECHVAG_M36 OUINON INTSECHVAG_M36 INTENS

Leucorrhées : 1 ☐ Jamais 2 ☐ Peu fréquentes 3 ☐ Très fréquentes LEUCOR_M36 LEUCOR

Saignements (si grade ≥ 1 : échographie + avis gynécologique) : Grade CTC v4.0 : ☐ SAIGNEM_M36

Infections gynécologiques : 1 ☐ Jamais 2 ☐ < 1mois 3 ☐ > 1mois INFGYN_M36 INFGYN

Bouffées de chaleur : Grade CTC v4.0 : ☐ BOUFF_M36

Si bouffées de chaleur grade ≥ 1 , traitement des bouffées de chaleur :

TTBOUFF1_M36 TTBOUFF2_M36 TTBOUFF3_M36 TTBOUFF4_M36 TTBOUFF5_M36 TTBOUFF6_M36
1 ☐ Médicamenteux 1 ☐ Auriculothérapie 1 ☐ Homéopathie 1 ☐ Acupuncture 1 ☐ Autre 1 ☐ Aucun CNC

Efficacité : 1 ☐ Nulle 2 ☐ Modérée 3 ☐ Efficace EFFICTTBOUFF_M36 EFFICACITE

Sueurs nocturnes réveillant la patiente : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui SUEURNOCT_M36 OUINON

Persistance des règles : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui PERSISTREGL_M36 OUINON

Si non date des dernières règles : ☐ / ☐ / ☐ DTDERNREGL_M36

Contraception : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui : Stérilet cuivre : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT1_M36
CONTRACEPT_M36 OUINON Stérilet hormonal : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT2_M36

Pilule : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT3_M36

Implant : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT4_M36

Autre : OTHCONTRACEPT_M36 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT5_M36

Précisez

OUINON

Grossesse : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui GROSSESSE_M36 OUINON

ECHOPELV_M36 OUINON

RESECHOPELV_M36 RESULTAT

Echographie pelvienne : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui : 1 ☐ Normale 2 ☐ Anormale

Si anormale, préciser : ANORMECHOPELV_M36

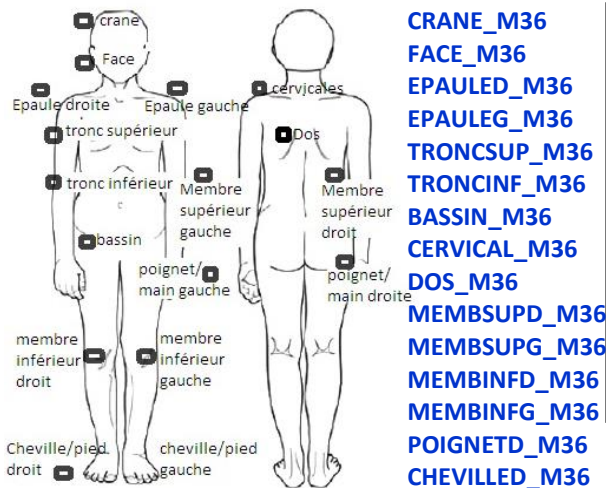
M36 – EVALUATION RHUMATOLOGIQUE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes rhumatologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALRHUMATO_M36 QUINON

Si oui, spécifier les points douloureux présentés par la patiente sur le schéma ci-dessous :



CRANE_M36

FACE_M36

EPAULED_M36

EPAULEG_M36

TRONCSUP_M36

TRONCINF_M36

BASSIN_M36

CERVICAL_M36

DOS_M36

MEMBSUPD_M36

MEMBSUPG_M36

MEMBINFD_M36

MEMBINFG_M36

POIGNETD_M36

CHEVILLED_M36

Echelle Numérique :

Note de 0 à 10 pour situer le niveau de douleur

Note 0 est égale à "pas de douleur"

Note 10 est égale à "la douleur maximale imaginable"

Note donnée par la patiente pour le point le plus douloureux

ressenti : | | | | | NOTE_M36

Pas de
douleur

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Douleur
maximale
imaginable

POIGNETG_M36

QUINON

CHEVILLEG_M36

Douleurs musculaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui MUSC_M36 QUINON Si oui préciser le siège : SIEGEMUSC1~7_M36

1 ☐ Dos 2 ☐ Fesses 3 ☐ Membre inférieurs 4 ☐ Membres supérieurs 5 ☐ Extrémités 6 ☐ Autre : OTHMUSC_M36

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | | | INTENSMUSC_M36

- Pics douloureux : EN | | | | fréquence | | | | / semaine PICMUSC_M36 / FREQMUSC_M36

- Douleurs au repos : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Douleurs à la reprise : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui MUSCREPOS_M36 QUINON MUSCREPRISE_M36 QUINON

Douleurs articulaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ARTI_M36 QUINON Si oui préciser le siège : SIEGEARTI1~8_M36

1 ☐ Hanche 2 ☐ Genou 3 ☐ Pied/Cheville 4 ☐ Epaule 5 ☐ Coude 6 ☐ Mains/poignet 7 ☐ Autre : OTHARTI_M36

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | | | INTENSARTI_M36

- Pics douloureux : EN | | | | fréquence | | | | / semaine PICARTI_M36 / FREQARTI_M36

- Douleurs au repos : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Douleurs à la reprise : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ARTIREPOS_M36 QUINON ARTIREPRISE_M36 QUINON

IRM articulaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui IRM_M36 QUINON Si oui : 1 ☐ Normal 2 ☐ Anormal RESIRM_M36 RESULTAT

Syndrome canal carpien 0 ☐ Oui 1 ☐ Non CARP_M36 QUINON Si oui : côté : 1 ☐ Droit 2 ☐ Gauche

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | | | INTENSCARP_M36

COTECARP_M36 COTE

- Pics douloureux : EN | | | | fréquence | | | | / semaine PICCARP_M36 / FREQCARP_M36

EMG : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EMG_M36 QUINON Si oui : 1 ☐ Normal 2 ☐ Anormal RESEMG_M36 RESULTAT

FRACTURE OSSEUSE : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui

FRAC_M36 QUINON

Si oui, Nombre | | | | NBFrac_M36

Date : | | | | / | | | | / | | | | DTFRAC1_M36

Date : | | | | / | | | | / | | | | DTFRAC2_M36

Date : | | | | / | | | | / | | | | DTFRAC3_M36

Cause la plus probable :

1 ☐ Métastase CAUSEFRAC_M36

CAUSEFRAC

2 ☐ Ostéoporose

3 ☐ Traumatisme

4 ☐ Autre, OTHCAUSEFRAC_M36

Site de la(des) fracture(s) :

1 ☐ Pelvis 2 ☐ Tibia

3 ☐ Vertèbres cervicales SITEFRAC_M36

4 ☐ Vertèbres lombaires SITEFRAC

5 ☐ Fémur

7 ☐ Thorax

9 ☐ Autre, OTHSITEFRAC_M36

6 ☐ Cheville

8 ☐ Avant bras

M36 – EVALUATION NEUROLOGIQUE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes neurologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALNEURO_M36 OUI NON

Toxicités	Présence	Grade Max
Troubles de la concentration	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui CONCENTR_M36	GRADCONCENTR_M36
Dysgueusie	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui DYSG_M36	GRAD DYSG_M36
Maux de tête	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui MAUXTETE_M36	GRADMAUXTETE_M36
Paresthésies	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PARES_M36	GRADPARES_M36
Neuropathie motrice périphérique	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui NEUROMOT_M36	GRADNEUROMOT_M36
Neuropathie sensorielle périphérique	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui NEUROSENS_M36	GRADNEUROSENS_M36
Autre toxicité neurologique Précisez : TYPOTHNEURO1_M36	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHNEURO1_M36	GRADOTHNEURO1_M36
Autre toxicité neurologique Précisez : TYPOTHNEURO2_M36	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHNEURO2_M36	GRADOTHNEURO2_M36
Autre toxicité neurologique Précisez : TYPOTHNEURO3_M36	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHNEURO3_M36	GRADOTHNEURO3_M36

OUI NON

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

--	--

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

M36 – EVALUATION CARDIOLOGIQUE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes cardiologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALCARDIO_M36 QUINON

Consultation d'un cardiologue depuis la dernière visite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONSULTCARDIO_M36

Si oui, précisez maladie/événement : EVCARDIO1_M36 / EVCARDIO2_M36 / EVCARDIO3_M36

Examens FEVG disponibles : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui FEVCARDIO_M36 QUINON

Date	Méthode	Résultat
DTFEVCARDIO1_M36 _ _ / _ _ / _ _ _ _	METHODCARDIO1_M36 1 <input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) 2 <input type="checkbox"/> Echographique	RESULTCARDIO1_M36 _ _ _ %
DTFEVCARDIO2_M36 _ _ / _ _ / _ _ _ _	METHODCARDIO2_M36 1 <input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) 2 <input type="checkbox"/> Echographique	RESULTCARDIO2_M36 _ _ _ %
DTFEVCARDIO3_M36 _ _ / _ _ / _ _ _ _	METHODCARDIO3_M36 1 <input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) 2 <input type="checkbox"/> Echographique	RESULTCARDIO3_M36 _ _ _ %

METHODE_FEVG

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

--	--	--

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

M36 – EVALUATION ARTERIO-VEINEUSE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes artério-veineux : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALARTERIO_M36 QUINON

Toxicités	Présence
Hypertension artérielle	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui HYPERTENS_M36 QUINON
Phlébite	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PHLEB_M36 QUINON
Accident Ischémique artérielle	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui AIA_M36 QUINON
Autre trouble vasculaire Précisez : TYPOTHVASC1_M36	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHVASC1_M36 QUINON
Autre trouble vasculaire Précisez : TYPOTHVASC2_M36	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHVASC2_M36 QUINON
Autre trouble vasculaire Précisez : TYPOTHVASC3_M36	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHVASC3_M36 QUINON

M36 – EVALUATION PULMONAIRE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes pulmonaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALPULMO_M36 OUINON

Toxicités	Présence	Grade Max
Dyspnée	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui DYS_P_M36	GRADDYSP_M36
Epanchement pleural	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PLEUR_M36	GRADPLEUR_M36
Embolie pulmonaire	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui EMBOL_M36	GRADEMBOL_M36
Toux productive	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui TOUX_M36	GRADTOUX_M36
Autre toxicité pulmonaire Précisez : TYPOTHPULMO1_M36	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPULMO1_M36	GRADOTHPULMO1_M36
Autre toxicité pulmonaire Précisez : TYPOTHPULMO2_M36	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPULMO2_M36	GRADOTHPULMO2_M36
Autre toxicité pulmonaire Précisez : TYPOTHPULMO3_M36	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPULMO3_M36	GRADOTHPULMO3_M36

OUINON

M36 – EVALUATION GASTRO-INTESTINALE

CANcer TOxicités

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes gastro-intestinaux : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALGASTRO_M36 QUINON

Toxicités	Présence	Grade Max
Diarrhée	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui DIAR_M36	GRADDIAR_M36
Nausées	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui NAUS_M36	GRADNAUS_M36
Vomissements	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui VOMI_M36	GRADVOMI_M36
Constipation	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui CONSTIP_M36	GRADCONSTIP_M36

QUINON

M36 – EVALUATION PEAU / MUQUEUSES / PHANERES

CANcer TOxicités

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes peau / muqueuses / phanères : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALPEAU_M36 QUINON

Toxicités	Présence	Grade Max
Alopécie	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui ALOP_M36	GRADALOP_M36
Toxicité unguéale	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui UNGU_M36	GRADUNGU_M36
Prurit	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PRURIT_M36	GRADPRURIT_M36
Rash	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui RASH_M36	GRADRASH_M36
Autre précisez : _____TYPOTHPEAU1_M36_____	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPEAU1_M36	GRADOTHPEAU1_M36
Autre précisez : _____TYPOTHPEAU2_M36_____	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPEAU2_M36	GRADOTHPEAU2_M36

QUINON

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

--	--	--

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

M36 – TROUBLES GENERAUX

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes généraux : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALGEN_M36 QUINON

Si oui précisez :

OTHGEN1_M36	/	OTHGEN 2_M36
OTHGEN3_M36	/	OTHGEN 4_M36
OTHGEN5_M36	/	OTHGEN 6_M36
OTHGEN7_M36	/	OTHGEN 8_M36

Maladie endocrinienne : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ENDO_M36 QUINON

Si oui nature : 1 ☐ Hyperthyroïdie 2 ☐ Hypothyroïdie 3 ☐ Autre : OTHENDO_M36
NATENDO_M36 ENDO

M36 – CONSULTATIONS MEDICALES / PARAMEDICALES

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

		CONSGEN_M36	OUINON			NBGEN_M36
Consultation d'un généraliste : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite						
Consultation d'un spécialiste : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui CONSSPE_M36 OUINON						
1 <input type="checkbox"/> Cardiologue		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			NBCARDIO_M36	
CONSCARDIO_M36 CNC						
1 <input type="checkbox"/> Dermatologue		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			NBDERMA_M36	
CONSDERMA_M36 CNC						
1 <input type="checkbox"/> Dentiste		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			NBDENT_M36	
CONSDENT_M36 CNC						
1 <input type="checkbox"/> Gynécologue		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			NBGYNECO_M36	
CONSGYNECO_M36 CNC						
1 <input type="checkbox"/> Neurologue		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			NBNEURO_M36	
CONSNEURO_M36 CNC						
1 <input type="checkbox"/> Ophtalmologiste		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			NBOPHTALMO_M36	
CONSOPHTALMO_M36 CNC						
1 <input type="checkbox"/> ORL		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			NBORL_M36	
CONSORL_M36 CNC						
1 <input type="checkbox"/> Phlébologue		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			NBPHLEBO_M36	
CONSPHLEBO_M36 CNC						
1 <input type="checkbox"/> Podologue		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			NBPODO_M36	
CONSPODO_M36 CNC						
1 <input type="checkbox"/> Autre, préciser		OTHSP1_M36	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBOTHSP1_M36	
CONSOTHSP1_M36 CNC		Idem 2 et 3		Idem 2 et 3		
Consultation d'un professionnel paramédical : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui CONSPARA_M36 OUINON						
1 <input type="checkbox"/> Acupuncteur		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			NBACUP_M36	
CONSACUP_M36 CNC						
1 <input type="checkbox"/> Diététicien/nutritionniste		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			NBDIET_M36	
CONSDIET_M36 CNC						
1 <input type="checkbox"/> Homéopathe		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			NBHOMEO_M36	
CONSHOMEO_M36 CNC						
1 <input type="checkbox"/> Ostéopathe		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			NBOSTEO_M36	
CONSOSTEO_M36 CNC						
1 <input type="checkbox"/> Naturopathe		Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			NBNATUR_M36	
CONSNATUR_M36 CNC						
Consultation d'un sexologue : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite						
		CONSEXO_M36	OUINON	NBSEXO_M36		
Consultation d'un psychiatre : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite						
		CONSPSY_M36	OUINON	NBPSY_M36		
Consultation d'un psychologue : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite						
		CONSPSYCHO_M36	OUINON	NBPSYCHO_M36		
Cure thermale : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite						
		CURETHERM_M36	OUINON	NBCURETHERM_M36		
Séance de kinésithérapeute : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite						
		CONSKINE_M36	OUINON	NBKINE_M36		
Type 1 <input type="checkbox"/> Drainage		2 <input type="checkbox"/> Rééducation	3 <input type="checkbox"/> Autre, préciser	OTHRAISKINE_M36		
		RAISKINE_M36	RAISON_KINE			

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

--	--	--

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

M36 – PROBLEMES INFECTIEUX

CANCER TOXICITIES

Depuis la dernière visite

Vaccination contre la grippe : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui VACCIN_M36 QUINON

Prise de traitements préventifs des infections hivernales : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TTPREV_M36 QUINON

Si oui, préciser TYPTTPREV_M36

Nombre d'épisodes de fièvre : | | | NBFIEVRE_M36

Dont : - Grippe : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui GRIPPE_M36 QUINON

- Infections ORL, angines incluses : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INFORL_M36 QUINON

- Infections urinaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INFURIN_M36 QUINON

Nombre de gastroentérites : | | | NBGASTRO_M36

Autres infections sans fièvre : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui OTHINFECT_M36 QUINON

Si oui, préciser : OTHINFECT1_M36 / OTHINFECT2_M36 / OTHINFECT3_M36

M36 – COMMENTAIRES LIBRES

CANCER TOXICITIES

COMM_M36

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

--	--

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

M36 – QUESTIONNAIRES

CANCER TOXICITIES

↳ Questionnaires QDV et Psychologiques

Questionnaire "Votre santé" complété

0 ☐ Non 1 ☐ Oui QUESTSANTE_M36 OUI NON

DTQUESTSANTE_M36

Si oui, date : | | / | | / 20 | |

↳ Questionnaires socio-économiques

Questionnaire "Votre situation sociale" complété :

0 ☐ Non 1 ☐ Oui QUESTSOC_M36 OUI NON

DTQUESTSOC_M36

Si oui, date : | | / | | / 20 | |

↳ La patiente a-t-elle bénéficié d'un tutorat d'aide au remplissage des questionnaires de l'étude :

0 ☐ Non 1 ☐ Oui TUT_M36 OUI NON

M60 – EXAMEN CLINIQUE

CANCER TOXICITIES

Examen clinique fait : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EXAM_M60 QUINON

Date de l'examen : | | | / | | | / 20 | | | DTEXAM_M60

Etat général ECOG : | | | ECOG_M60

Poids : | | | | , | | | kg POIDS_M60

IMC (poids/taille²) : | | | | kg/m² IMC_M60

M60 – TRAITEMENTS CONCOMITANTS

CANCER TOXICITIES

Prise de traitements concomitants 0 ☐ Non 1 ☐ Oui (Si oui compléter la fiche correspondante)
TTCONC_M60 QUINON

M60 – TRAITEMENT DU CANCER

CANCER TOXICITIES

Traitement hormonal en cours : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TTHORM_M60 QUINON

M60 – QUESTIONS GENERALES

CANCER TOXICITIES

Depuis la dernière visite, hospitalisation pour motifs psychiatriques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui
Si oui, Nombre d'hospitalisation : | | | | PSYHOSP_M60 QUINON

NBPSYHOSP_M60

Depuis la dernière visite, habitudes tabagiques :

1 ☐ Augmentées 2 ☐ Diminuées 3 ☐ Inchangées TABAC_M60 HABITUDE

Depuis la dernière visite, consommation quotidienne d'alcool :

1 ☐ Augmentée 2 ☐ Diminuée 3 ☐ Inchangée ALCOOL_M60 HABITUDE

M60 – EXAMEN PARACLINIQUE

CANcer Toxicities

FEVG : Examen réalisé : ☐ Non ☐ Oui **FEVG_M60** **QUINON**

Si oui, date de réalisation : ____/____/20____ **DTFEVG_M60**

Méthode utilisée : ☐ Isotopique (MUGA) ☐ Echographique **METHODFEVG_M60**
La méthode utilisée devra rester la même tout au long de l'étude **METHODE_FEVG**

Résultat : ____% **RESFEVG_M60**

Norme inférieure : ____% **NORMFEVG_M60**

*Examen à réaliser, en cas de traitement par Herceptin, par anthracyclines ou de radiothérapie gauche et/ou CMI.

Ostéodensitométrie (en cas de traitement par Aromatase) : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, date de réalisation : ____/____/____ **OSTEO_M60** **QUINON**
DTOSTEO_M60

Localisation	T-score	DMO (g/cm ²)
RACHIS_M60 CNC <input type="checkbox"/> Rachis lombaire	SCORERACHIS_M60 ____.____	DMORACHIS_M60 ____.____
COLFEM_M60 CNC <input type="checkbox"/> Col fémoral	SCORECOLFEM_M60 ____.____	DMOCOLFEM_M60 ____.____
HANCHE_M60 CNC <input type="checkbox"/> Hanches	SCOREHANCHE_M60 ____.____	DMOHANCHE_M60 ____.____

Autres examens : ☐ Non ☐ Oui **OTHEXAM_M60** **QUINON**

1 : Si oui, date de réalisation : ____/____/20____ **DTOTHEXAM1_M60**

Nature de l'examen : **NATOTHEXAM1_M60**

Résultat : ☐ Normal ☐ Anormal Si anormal, préciser : **ANORMOTHEXAM1_M60**
RESOTHEXAM1_M60 **RESULTAT**

2 : Si oui, date de réalisation : ____/____/20____ **DTOTHEXAM2_M60**

Nature de l'examen : **NATOTHEXAM2_M60**

Résultat : ☐ Normal ☐ Anormal Si anormal, préciser : **ANORMOTHEXAM2_M60**
RESOTHEXAM2_M60 **RESULTAT**

Rechute depuis la dernière visite : ☐ Non ☐ Oui* **RECHUTE_M60** **QUINON**

Si oui Rechute loco-régionale : ☐ Non ☐ Oui* **LOCOREG_M60** **QUINON**

Rechute à distance : ☐ Non ☐ Oui** **RECHDIST_M60** **QUINON**

Cancer controlatéral : ☐ Non ☐ Oui* **CONTRO_M60** **QUINON**

Survenue d'un second cancer : ☐ Non ☐ Oui** **SECONDCANCER_M60** **QUINON**

* compléter la fiche événement correspondante

** compléter la fiche fin d'étude

M60 - EXAMENS BIOLOGIQUES

CANcer TOxicities

BILAN HEMATOLOGIQUE DTBILANHEMATO_M60	Valeurs ⁽²⁾	Unités UNIT+nomvar	Normales laboratoire NORMINF/SUP +nomvar
Date prélèvement ¹ 20			
Hémoglobine	HEMO_M60	1 mmol/L 2 g/dL 3 g/L	UNT_HEMO
Plaquettes	PLAQ_M60	1 10 ⁹ /L 2 /mm ³ 3 G/L	UNT_LYMP
Neutrophiles	NEUT_M60	1 10 ⁹ /L 2 /mm ³ 3 G/L	UNT_LYMP
Lymphocytes	LYMP_M60	1 10 ⁹ /L 2 /mm ³ 3 G/L	UNT_LYMP
BILAN HEPATIQUE DTBILANHEPAT_M60	Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹ 20			
Bilirubine	BILI_M60	1 µmol/L 2 mg/L	UNT_BILI
ALAT/SGPT	ALAT_M60	1 UI/L	UNT_FSH
ASAT/SGOT	ASAT_M60	1 UI/L	UNT_FSH
Phosphatases alcalines	PHOS_M60	1 UI/L	UNT_FSH
γGT	gGT_M60	1 UI/L	UNT_FSH
IONOGRAMME DTBILANIONO_M60	Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹ 20			
Glycémie à jeun	GLYC_M60	1 µmol/L 2 mmol/L 3 g/L	UNT_GLYC
25 OH vit D3	25OH_M60	1 µg/L 2 ng/mL 3 g/L 4 nmol/L 5 UI/L	UNT_25OH
Troponine	TROP_M60	1 µg/L 2 g/L 3 µg/mL 4 ng/L	UNT_TROPO
BNP	BNP_M60	1 pg/mL 2 pg/L	UNT_BNP
Calcémie	CALC_M60	1 mmol/L 2 mg/L	UNT_CALC
Phosphorémie	PHOSP_M60	1 µmol/L 2 mmol/L 3 mg/L	UNT_PHOSP
Cholestérolémie totale	CHOL_M60	1 mmol/L 2 g/L	UNT_LDL
LDL	LDL_M60	1 mmol/L 2 g/L	UNT_LDL
HDL	HDL_M60	1 mmol/L 2 g/L	UNT_LDL
Triglycéridémie	TRIG_M60	1 mmol/L 2 g/L	UNT_LDL
Albuminémie	ALBU_M60	1 g/L	UNT_ALBU
BILAN RENAL DTBILANRENAL_M60	Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹ 20			
Créatinine	CREA_M60	1 mg/dL 2 µmol/L	UNT_CREAT
Clearance créatinine (Cockcroft)	CLEA_M60	mL/min	
BILAN OVARIEN DTBILANOVAR_M60	Valeurs ⁽²⁾	Unités	Normales laboratoire
Date prélèvement ¹ 20			
FSH	FSH_M60	1 UI/L	UNT_FSH
LH	LH_M60	1 UI/L	UNT_FSH
Oestradiolémie	OEST_M60	1 ng/L 2 pmol/L 3 UI/L	UNT_OEST

(1) lorsque plusieurs prélèvements ont été effectués, reporter uniquement la date du dernier prélèvement

(2) notez NK si l'analyse est «non faite» / (3) si <X notez [0 – X] , si >X notez [X – 999]

M60 – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN GAUCHE

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_G1_M60 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_G1_M60 OUI NON

Traumatisme bras : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMBRAS_G_M60 OUI NON

Traumatisme épaule : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMEPaul_G_M60 OUI NON

Traumatisme sein : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMSEIN_G_M60 OUI NON

Drainage : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui DRAINAGE_G_M60 Si oui, nb de séances : | | | NBDRAINAGE_G_M60

Rééducation : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui, site : 1 ☐ Bras 2 ☐ Epaule Nb de séances : | | | REEDUC_G_M60 OUI NON SITE REEDUC_G_M60 MEMBRE NBREEDUC_G_M60

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Ganglion Axillaire	Limitation des mouvements de l'épaule	Score de constant	Antépulsion : ANTEPUL_G_M60
			Abduction : ABDUCT_G_M60
			Rotation latérale : ROTALAT_G_M60
			Rotation médiale : ROTAMED_G_M60
Ganglion Axillaire	Limitation de la force musculaire de l'épaule	Score de constant	LIMITAT_G_M60
Ganglion Axillaire	Lymphocèle chronique	Ponction (nombre depuis la chirurgie)	LYMPHOC_G_M60
Ganglion Axillaire	Douleur	Echelle Numérique	DOULGANG_G_M60
Ganglion Axillaire	Lymphoedème	Mesure (cm)	Bras controlatéral : BRASCONTRO_G_M60
			Bras homolatéral : BRASHOMO_G_M60
			Avant-bras à 10 cm sous le coude : AVANTBRAS_G_M60
			Poignet : POIGNET_G_M60
			Manchon : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui MANCHON_G_M60
Sein	Douleur	Echelle Numérique	DOULSEIN_G_M60
Sein	Résultat esthétique	Evaluation observationnelle (0-4)	RESESTHE_G_M60
Sein	Cicatrisation	Vancouver scar scale	Inflammation : INFLAMM_G_M60
			Couleur : COULEUR_G_M60
			Epaisseur : EPAISS_G_M60
			Extensibilité : EXTENS_G_M60

M60 – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN GAUCHE

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_G2_M60 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_G2_M60 OUI NON

Reconstruction : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui, Date : | | | / | | | / | | | | DTRECONS_G_M60
RECONS_G_M60 OUI NON

Pour les centres participant à l'évaluation esthétique

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Reconstruction	Résultat esthétique	Echelle Numérique	Êtes-vous satisfaite du résultat de la reconstruction : 0 à 10 : SATISF_G_M60
		Echelle « good fair poor »	Evaluation par le chirurgien : EVALCHIR_G_M60
			Evaluation par l'infirmière : EVALINF_G_M60
			Evaluation par la patiente : EVALPAT_G_M60

SIGNES ET SYMPTOMES CUTANES : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui SIGNECUT_G_M60 OUI NON

Si oui, compléter ci-dessous :

GRADE (échelle CTC V4.0)	Date de début	Date de fin	En cours
Atrophie	ATRO_G_M60 DTDEBATRO_G_M60	DTFINATRO_G_M60 1 <input type="checkbox"/> ECATRO_G_M60 CNC	
Rougeur/Erythème	ROUG_G_M60 DTDEBROUG_G_M60	DTFINROUG_G_M60 1 <input type="checkbox"/> ECROUG_G_M60 CNC	
Fibrose sous-cutanée	FIBR_G_M60 DTDEBFIBR_G_M60	DTFINFIBR_G_M60 1 <input type="checkbox"/> ECFIBR_G_M60 CNC	
Hyperpigmentation	PIGM_G_M60 DTDEBPIGM_G_M60	DTFIN PIGM_G_M60 1 <input type="checkbox"/> ECPIGM_G_M60 CNC	
Eruption cutanée	ERUP_G_M60 DTDEBERUP_G_M60	DTFINERUP_G_M60 1 <input type="checkbox"/> ECERUP_G_M60 CNC	
Télangiectasie	TELA_G_M60 DTDEBTELA_G_M60	DTFINTELA_G_M60 1 <input type="checkbox"/> ECTELA_G_M60 CNC	
Ulcération	ULCE_G_M60 DTDEBULCE_G_M60	DTFINULCE_G_M60 1 <input type="checkbox"/> ECULCE_G_M60 CNC	

(Données à récupérer auprès des radiothérapeutes)

M60 – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANcer TOxicities

SEIN DROIT

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_D1_M60 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_D1_M60 OUI NON

Traumatisme bras : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMBRAS_D_M60 OUI NON

Traumatisme épaule : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMEPaul_D_M60 OUI NON

Traumatisme sein : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TRAUMSEIN_D_M60 OUI NON

Drainage : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui DRAINAGE_D_M60 Si oui, nb de séances : | | | | NBDRAINAGE_D_M60

Rééducation : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui, site : 1 ☐ Bras 2 ☐ Epaule Nb de séances : | | | | REEDUC_D_M60 OUI NON SITE REEDUC_D_M60 MEMBRE NBREEDUC_D_M60

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Ganglion Axillaire	Limitation des mouvements de l'épaule	Score de constant	Antépulsion : ANTEPUL_D_M60
			Abduction : ABDUCT_D_M60
			Rotation latérale : ROTALAT_D_M60
			Rotation médiale : ROTAMED_D_M60
Ganglion Axillaire	Limitation de la force musculaire de l'épaule	Score de constant	LIMITAT_D_M60
Ganglion Axillaire	Lymphocèle chronique	Ponction (nombre depuis la chirurgie)	LYMPHOC_D_M60
Ganglion Axillaire	Douleur	Echelle Numérique	DOULGANG_D_M60
Ganglion Axillaire	Lymphoedème	Mesure (cm)	Bras controlatéral : BRASCONTRO_D_M60
			Bras homolatéral : BRASHOMO_D_M60
			Avant-bras à 10 cm sous le coude : AVANTBRAS_D_M60
			Poignet : POIGNET_D_M60
			Manchon : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui MANCHON_D_M60
Sein	Douleur	Echelle Numérique	DOULSEIN_D_M60
Sein	Résultat esthétique	Evaluation observationnelle (0-4)	RESESTHE_D_M60
Sein	Cicatrisation	Vancouver scar scale	Inflammation : INFLAMM_D_M60
			Couleur : COULEUR_D_M60
			Epaisseur : EPAISS_D_M60
			Extensibilité : EXTENS_D_M60

M60 – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN DROIT

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

EVAL_D2_M60 APPLICABLE

Evaluation sein/aisselle faite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALSEIN_D2_M60 OUI NON

Reconstruction : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui, Date : | | | / | | | / | | | | DTRECONS_D_M60
RECONS_D_M60 OUI NON

Pour les centres participant à l'évaluation esthétique

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Reconstruction	Résultat esthétique	Echelle Numérique	Êtes-vous satisfaite du résultat de la reconstruction : 0 à 10 : SATISF_D_M60
		Echelle « good fair poor »	Evaluation par le chirurgien : EVALCHIR_D_M60
			Evaluation par l'infirmière : EVALINF_D_M60
			Evaluation par la patiente : EVALPAT_D_M60

SIGNES ET SYMPTOMES CUTANES : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui SIGNECUT_D_M60 OUI NON

Si oui, compléter ci-dessous :

GRADE (échelle CTC V4.0)		Date de début	Date de fin	En cours
Atrophie	ATRO_D_M60 DTDEBATRO_D_M60	DTFINATRO_D_M60	1 <input type="checkbox"/> ECATRO_D_M60	CNC
Rougeur/Erythème	ROUG_D_M60 DTDEBROUG_D_M60	DTFINROUG_D_M60	1 <input type="checkbox"/> ECROUG_D_M60	CNC
Fibrose sous-cutanée	FIBR_D_M60 DTDEBFIBR_D_M60	DTFINFIBR_D_M60	1 <input type="checkbox"/> ECFIBR_D_M60	CNC
Hyperpigmentation	PIGM_D_M60 DTDEBPIGM_D_M60	DTFIN PIGM_D_M60	1 <input type="checkbox"/> ECPIGM_D_M60	CNC
Eruption cutanée	ERUP_D_M60 DTDEBERUP_D_M60	DTFINERUP_D_M60	1 <input type="checkbox"/> ECERUP_D_M60	CNC
Télangiectasie	TELA_D_M60 DTDEBTELA_D_M60	DTFINTELA_D_M60	1 <input type="checkbox"/> ECTELA_D_M60	CNC
Ulcération	ULCE_D_M60 DTDEBULCE_D_M60	DTFINULCE_D_M60	1 <input type="checkbox"/> ECULCE_D_M60	CNC

(Données à récupérer auprès des radiothérapeutes)

M60 – EVALUATION GYNECOLOGIQUE

CANcer TOxicities

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes gynécologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALGYNECO_M60 OUINON

Sécheresse vaginale : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui : 1 ☐ Modérée 2 ☐ Intense
SECHVAG_M60 OUINON INTSECHVAG_M60 INTENS

Leucorrhées : 1 ☐ Jamais 2 ☐ Peu fréquentes 3 ☐ Très fréquentes LEUCOR_M60 LEUCOR

Saignements (si grade ≥ 1 : échographie + avis gynécologique) : Grade CTC v4.0 : ☐ SAIGNEM_M60

Infections gynécologiques : 1 ☐ Jamais 2 ☐ < 1mois 3 ☐ > 1mois INFGYN_M60 INFGYN

Bouffées de chaleur : Grade CTC v4.0 : ☐ BOUFF_M60

Si bouffées de chaleur grade ≥ 1 , traitement des bouffées de chaleur :

TTBOUFF1_M60 TTBOUFF2_M60 TTBOUFF3_M60 TTBOUFF4_M60 TTBOUFF5_M60 TTBOUFF6_M60
1 ☐ Médicamenteux 1 ☐ Auriculothérapie 1 ☐ Homéopathie 1 ☐ Acupuncture 1 ☐ Autre 1 ☐ Aucun CNC

Efficacité : 1 ☐ Nulle 2 ☐ Modérée 3 ☐ Efficace EFFICTTBOUFF_M60 EFFICACITE

Sueurs nocturnes réveillant la patiente : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui SUEURNOCT_M60 OUINON

Persistance des règles : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui PERSISTREGL_M60 OUINON

Si non date des dernières règles : ☐ / ☐ / ☐ DTDERNREGL_M60

Contraception : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui : Stérilet cuivre : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT1_M60
CONTRACEPT_M60 OUINON Stérilet hormonal : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT2_M60

Pilule : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT3_M60

Implant : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT4_M60

Autre : OTHCONTRACEPT_M60 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONTRACEPT5_M60

Précisez

OUINON

Grossesse : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui GROSSESSE_M60 OUINON

ECHOPELV_M60 OUINON

RESECHOPELV_M60 RESULTAT

Echographie pelvienne : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Si oui : 1 ☐ Normale 2 ☐ Anormale

Si anormale, préciser : ANORMECHOPELV_M60

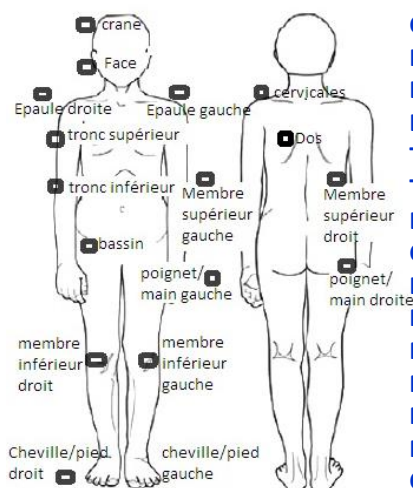
M60 – EVALUATION RHUMATOLOGIQUE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes rhumatologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALRHUMATO_M60 QUINON

Si oui, spécifier les points douloureux présentés par la patiente sur le schéma ci-dessous :



CRANE_M60
FACE_M60
EPAULED_M60
EPAULEG_M60
TRONCSUP_M60
TRONCINF_M60
BASSIN_M60
CERVICAL_M60
DOS_M60
MEMBSUPD_M60
MEMBSUPG_M60
MEMBINFD_M60
MEMBINFG_M60
POIGNETD_M60
POIGNETG_M60
CHEVILLED_M60
CHEVILLEG_M60

Echelle Numérique :

Note de 0 à 10 pour situer le niveau de douleur

Note 0 est égale à "pas de douleur"

Note 10 est égale à "la douleur maximale imaginable"

Note donnée par la patiente pour le point le plus douloureux

ressenti : | | | | | NOTE_M60

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Douleurs musculaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui MUSC_M60 QUINON Si oui préciser le siège : SIEGEMUSC1~7_M60

1 ☐ Dos 2 ☐ Fesses 3 ☐ Membre inférieurs 4 ☐ Membres supérieurs 5 ☐ Extrémités 6 ☐ Autre : OTHMUSC_M60

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | | | INTENSMUSC_M60

- Pics douloureux : EN | | | | fréquence | | | | / semaine PICMUSC_M60 / FREQMUSC_M60

- Douleurs au repos : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Douleurs à la reprise : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui
MUSCREPOS_M60 QUINON MUSCREPRISE_M60 QUINON

Douleurs articulaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ARTI_M60 QUINON Si oui préciser le siège : SIEGEARTI1~8_M60

1 ☐ Hanche 2 ☐ Genou 3 ☐ Pied/Cheville 4 ☐ Epaule 5 ☐ Coude 6 ☐ Mains/poignet 7 ☐ Autre : OTHARTI_M60

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | | | INTENSARTI_M60

- Pics douloureux : EN | | | | fréquence | | | | / semaine PICARTI_M60 / FREQARTI_M60

- Douleurs au repos : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui Douleurs à la reprise : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui
ARTIREPOS_M60 QUINON ARTIREPRISE_M60 QUINON

IRM articulaire : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui IRM_M60 QUINON Si oui : 0 ☐ Normal 1 ☐ Anormal RESIRM_M60 RESULTAT

Syndrome canal carpien 0 ☐ Oui 1 ☐ Non CARP_M60 QUINON Si oui : côté : 1 ☐ Droit 2 ☐ Gauche

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | | | INTENSCARP_M60

COTECARP_M60 COTE

- Pics douloureux : EN | | | | fréquence | | | | / semaine PICCARP_M60 / FREQCARP_M60

EMG : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EMG_M60 QUINON Si oui : 1 ☐ Normal 2 ☐ Anormal RESEMG_M60 RESULTAT

FRACTURE OSSEUSE 0 ☐ Non 1 ☐ Oui

FRAC_M60 QUINON

Si oui, Nombre | | | | NBFrac_M60

Date : | | | | / | | | | / | | | | DTFrac1_M60

Date : | | | | / | | | | / | | | | DTFrac2_M60

Date : | | | | / | | | | / | | | | DTFrac3_M60

Cause la plus probable :

1 ☐ Métastase CAUSEFRAC_M60

CAUSEFRAC

2 ☐ Ostéoporose

3 ☐ Traumatisme

4 ☐ Autre, OTHCAUSEFRAC_M60

Site de la(des) fracture(s) :

1 ☐ Pelvis 2 ☐ Tibia

3 ☐ Vertèbres cervicales SITEFRAC_M60

4 ☐ Vertèbres lombaires SITEFRAC

5 ☐ Fémur 6 ☐ Cheville

7 ☐ Thorax 8 ☐ Avant bras

9 ☐ Autre, OTHSITEFRAC_M60

M60 – EVALUATION NEUROLOGIQUE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes neurologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALNEURO_M60 OUI NON

Toxicités	Présence	Grade Max
Troubles de la concentration	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui CONCENTR_M60	GRADCONCENTR_M60
Dysgueusie	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui DYSG_M60	GRAD DYSG_M60
Maux de tête	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui MAUXTETE_M60	GRADMAUXTETE_M60
Paresthésies	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PARES_M60	GRADPARES_M60
Neuropathie motrice périphérique	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui NEUROMOT_M60	GRADNEUROMOT_M60
Neuropathie sensorielle périphérique	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui NEUROSENS_M60	GRADNEUROSENS_M60
Autre toxicité neurologique Précisez : TYPOTHNEURO1_M60	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHNEURO1_M60	GRADOTHNEURO1_M60
Autre toxicité neurologique Précisez : TYPOTHNEURO2_M60	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHNEURO2_M60	GRADOTHNEURO2_M60
Autre toxicité neurologique Précisez : TYPOTHNEURO3_M60	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHNEURO3_M60	GRADOTHNEURO3_M60

OUI NON

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

--	--

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

M60 – EVALUATION CARDIOLOGIQUE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes cardiologiques : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALCARDIO_M60 QUINON

Consultation d'un cardiologue depuis la dernière visite : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui CONSULTCARDIO_M60

Si oui, précisez maladie/événement : EVCARDIO1_M60 / EVCARDIO2_M60 / EVCARDIO3_M60

Examens FEVG disponibles : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui FEVCARDIO_M60 QUINON

Date	Méthode	Résultat
DTFEVCARDIO1_M60 _ _ / _ _ / _ _ _ _	METHODCARDIO1_M60 1 <input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) 2 <input type="checkbox"/> Echographique	RESULTCARDIO1_M60 _ _ _ %
DTFEVCARDIO2_M60 _ _ / _ _ / _ _ _ _	METHODCARDIO2_M60 1 <input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) 2 <input type="checkbox"/> Echographique	RESULTCARDIO2_M60 _ _ _ %
DTFEVCARDIO3_M60 _ _ / _ _ / _ _ _ _	METHODCARDIO3_M60 1 <input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) 2 <input type="checkbox"/> Echographique	RESULTCARDIO3_M60 _ _ _ %

METHODE_FEVG

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

--	--	--

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

M60 – EVALUATION ARTERIO-VEINEUSE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes artério-veineux : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALARTERIO_M60 OUINON

Toxicités	Présence
Hypertension artérielle	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui HYPERTENS_M60 OUINON
Phlébite	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PHLEB_M60 OUINON
Accident Ischémique artérielle	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui AIA_M60 OUINON
Autre trouble vasculaire Précisez : TYPOTHVASC1_M60	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHVASC1_M60 OUINON
Autre trouble vasculaire Précisez : TYPOTHVASC2_M60	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHVASC2_M60 OUINON
Autre trouble vasculaire Précisez : TYPOTHVASC3_M60	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHVASC3_M60 OUINON

M60 – EVALUATION PULMONAIRE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes pulmonaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALPULMO_M60 OUINON

Toxicités	Présence	Grade Max
Dyspnée	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui DYS_P_M60	GRADDYSP_M60
Epanchement pleural	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PLEUR_M60	GRADPLEUR_M60
Embolie pulmonaire	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui EMBOL_M60	GRADEMBOL_M60
Toux productive	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui TOUX_M60	GRADTOUX_M60
Autre toxicité pulmonaire Précisez : TYPOTHPULMO1_M60	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPULMO1_M60	GRADOTHPULMO1_M60
Autre toxicité pulmonaire Précisez : TYPOTHPULMO2_M60	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPULMO2_M60	GRADOTHPULMO2_M60
Autre toxicité pulmonaire Précisez : TYPOTHPULMO3_M60	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPULMO3_M60	GRADOTHPULMO3_M60

OUINON

M60 – EVALUATION GASTRO-INTESTINALE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes gastro-intestinaux : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALGASTRO_M60 QUINON

Toxicités	Présence	Grade Max
Diarrhée	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui DIAR_M60	GRADDIAR_M60
Nausées	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui NAUS_M60	GRADNAUS_M60
Vomissements	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui VOMI_M60	GRADVOMI_M60
Constipation	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui CONSTIP_M60	GRADCONSTIP_M60

QUINON

M60 – EVALUATION PEAU / MUQUEUSES / PHANERES

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes peau / muqueuses / phanères : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALPEAU_M60 QUINON

Toxicités	Présence	Grade Max
Alopécie	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui ALOP_M60	GRADALOP_M60
Toxicité unguéale	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui UNGU_M60	GRADUNGU_M60
Prurit	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui PRURIT_M60	GRADPRURIT_M60
Rash	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui RASH_M60	GRADRASH_M60
Autre précisez : _____TYPOTHPEAU1_M60_____	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPEAU1_M60	GRADOTHPEAU1_M60
Autre précisez : _____TYPOTHPEAU2_M60_____	0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui OTHPEAU2_M60	GRADOTHPEAU2_M60

QUINON

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

--	--	--

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

M60 – TROUBLES GENERAUX

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes généraux : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui EVALGEN_M60 QUINON

Si oui précisez :

OTHGEN1_M60	/	OTHGEN 2_M60
OTHGEN3_M60	/	OTHGEN 4_M60
OTHGEN5_M60	/	OTHGEN 6_M60
OTHGEN7_M60	/	OTHGEN 8_M60

Maladie endocrinienne : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui ENDO_M60 QUINON

Si oui nature : 1 ☐ Hyperthyroïdie 2 ☐ Hypothyroïdie 3 ☐ Autre : OTHENDO_M60
NATENDO_M60 ENDO

M60 – CONSULTATIONS MEDICALES / PARAMEDICALES

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

CONSGEN_M60 OUI NON		NBGEN_M60	
Consultation d'un généraliste : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			
Consultation d'un spécialiste : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui		CONSSPE_M60 OUI NON	
1 <input type="checkbox"/> Cardiologue CONSCARDIO_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBCARDIO_M60
1 <input type="checkbox"/> Dermatologue CONSDERMA_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBDERMA_M60
1 <input type="checkbox"/> Dentiste CONSDENT_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBDENT_M60
1 <input type="checkbox"/> Gynécologue CONSGYNECO_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBGYNECO_M60
1 <input type="checkbox"/> Neurologue CONSNEURO_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBNEURO_M60
1 <input type="checkbox"/> Ophtalmologiste CONSOPHTALMO_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBOPHTALMO_M60
1 <input type="checkbox"/> ORL CONSORL_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBORL_M60
1 <input type="checkbox"/> Phlébologue CONSPHLEBO_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBPHLEBO_M60
1 <input type="checkbox"/> Podologue CONSPODO_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBPODO_M60
1 <input type="checkbox"/> Autre, préciser <u>OTHSP1_M60</u> CONSOTHSP1_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBOTHSP1_M60 Idem 2 et 3
Idem 2 et 3			
Consultation d'un professionnel paramédical : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui		CONSPARA_M60 OUI NON	
1 <input type="checkbox"/> Acupuncteur CONSACUP_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBACUP_M60
1 <input type="checkbox"/> Diététicien/nutritionniste CONSDIET_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBDIET_M60
1 <input type="checkbox"/> Homéopathe CONSHOMEEO_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBHOMEEO_M60
1 <input type="checkbox"/> Ostéopathe CONSOSTEO_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBOSTEO_M60
1 <input type="checkbox"/> Naturopathe CONSNATUR_M60 CNC	Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite		NBNATUR_M60
Consultation d'un sexologue : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			
CONSEXO_M60 OUI NON		NBSEXO_M60	
Consultation d'un psychiatre : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			
CONSPSY_M60 OUI NON		NBPSY_M60	
Consultation d'un psychologue : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			
CONSPSYCHO_M60 OUI NON		NBPSYCHO_M60	
Cure thermale : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			
CURETHERM_M60 OUI NON		NBCURETHERM_M60	
Séance de kinésithérapeute : 0 <input type="checkbox"/> Non 1 <input type="checkbox"/> Oui Si oui, Nb de fois ____ depuis la dernière visite			
CONSKINE_M60 OUI NON		NBKINE_M60	
Type 1 <input type="checkbox"/> Drainage	2 <input type="checkbox"/> Rééducation	3 <input type="checkbox"/> Autre, préciser	OTHAISKINE_M60
RAISKINE_M60		RAISON_KINE	

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

--	--	--

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

M60 – PROBLEMES INFECTIEUX

CANCER TOXICITIES

Depuis la dernière visite

Vaccination contre la grippe : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui VACCIN_M60 OUINON

Prise de traitements préventifs des infections hivernales : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui TTPREV_M60 OUINON

Si oui, préciser TYPTTPREV_M60

Nombre d'épisodes de fièvre : | | | NBFIEVRE_M60

Dont : - Grippe : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui GRIPPE_M60 OUINON

- Infections ORL, angines incluses : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INFORL_M60 OUINON

- Infections urinaires : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui INFURIN_M60 OUINON

Nombre de gastroentérites : | | | NBGASTRO_M60

Autres infections sans fièvre : 0 ☐ Non 1 ☐ Oui OTHINFECT_M60 OUINON

Si oui, préciser : OTHINFECT1_M60 / OTHINFECT2_M60 / OTHINFECT3_M60

M60 – COMMENTAIRES LIBRES

CANCER TOXICITIES

COMM_M60

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

--	--	--

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

M60 – QUESTIONNAIRES

CANCER TOXICITIES

↳ Questionnaires QDV et Psychologiques

Questionnaire "Votre santé" complété

0 ☐ Non 1 ☐ Oui QUESTSANTE_M60 OUI NON

DTQUESTSANTE_M60

Si oui, date : | | | / | | | / 20 | | |

↳ Questionnaires socio-économiques

Questionnaire "Votre situation sociale" complété :

0 ☐ Non 1 ☐ Oui QUESTSOC_M60 OUI NON

DTQUESTSOC_M60

Si oui, date : | | | / | | | / 20 | | |

↳ La patiente a-t-elle bénéficié d'un tutorat d'aide au remplissage des questionnaires de l'étude :

0 ☐ Non 1 ☐ Oui TUT_M60 OUI NON

M |____|____| – EXAMEN CLINIQUE

CANCER TOXICITIES

Examen clinique fait : ☐ Non ☐ Oui

Date de l'examen : ____|____| / ____|____| / 20 ____|____|

Etat général ECOG : ____|

Poids : ____|____| , ____|____| kg

IMC (poids/taille²) : ____|____| kg/m²

M |____|____| – QUESTIONS GENERALES

CANCER TOXICITIES

Depuis la dernière visite, hospitalisation pour motifs psychiatriques : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, Nombre d'hospitalisation : ____|____|

Depuis la dernière visite, habitudes tabagiques :

☐ Augmentées ☐ Diminuées ☐ Inchangées

Depuis la dernière visite, consommation quotidienne d'alcool :

☐ Augmentée ☐ Diminuée ☐ Inchangée

M | | | | – EXAMEN PARACLINIQUE

CANCER TOXICITIES

FEVG : Examen réalisé : ☐ Non ☐ Oui ☐ Inconnu

Si oui, date de réalisation : | | | | / | | | | / 20 | | | |

Méthode utilisée : ☐ Isotopique (MUGA) ☐ Echographique

La méthode utilisée devra rester la même tout au long de l'étude

Résultat : | | | | %

Norme inférieure : | | | | %

**Examen à réaliser, en cas d'anomalie*

Autre examen : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, date de réalisation : | | | | / | | | | / 20 | | | |

Nature de l'examen : _____

Résultat : ☐ Normal ☐ Anormal

Si anormal, préciser : _____

Rechute depuis la dernière visite : ☐ Non ☐ Oui*

Si oui Rechute loco-régionale : ☐ Non ☐ Oui*

Rechute à distance : ☐ Non ☐ Oui*/**

Cancer controlatéral : ☐ Non ☐ Oui*

Survenue d'un second cancer : ☐ Non ☐ Oui*/**

* compléter la fiche événement correspondante

** compléter la fiche fin d'étude

M | | | – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANcer TOxicities

SEIN GAUCHE

0 ☐ Non Applicable

1 ☐ Applicable

Evaluation sein/aisselle faite : ☐ Non ☐ Oui

Traumatisme bras : ☐ Non ☐ Oui

Traumatisme épaule : ☐ Non ☐ Oui

Traumatisme sein : ☐ Non ☐ Oui

Drainage : ☐ Non ☐ Oui Si oui, nb de séances : | | |

Rééducation : ☐ Non ☐ Oui Si oui, site : ☐ Bras ☐ Epaule Nb de séances : | | |

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Ganglion Axillaire	Limitation des mouvements de l'épaule	Score de constant	Antépulsion : Abduction : Rotation latérale : Rotation médiale :
Ganglion Axillaire	Limitation de la force musculaire de l'épaule	Score de constant	
Ganglion Axillaire	Lymphocèle chronique	Ponction (nombre depuis la chirurgie)	
Ganglion Axillaire	Douleur	Echelle Numérique	
Ganglion Axillaire	lymphœdème	Mesure (cm)	Bras controlatéral : Bras homolatéral : Avant-bras à 10 cm sous le coude : Poignet : Manchon : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Sein	douleur	Echelle Numérique	
Sein	Résultat esthétique	Evaluation observationnelle (0-4)	
Sein	Cicatrisation	Vancouver scar scale	Inflammation : Couleur : Epaisseur : Extensibilité :

Pour les centres participant à l'évaluation de Constant

M | | | – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN GAUCHE

0 ☐ Non Applicable

1 ☐ Applicable

Evaluation sein/aisselle faite : ☐ Non ☐ Oui

Reconstruction : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, Date : | | | / | | | / | | | | |

Pour les centres participant à l'évaluation esthétique

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Reconstruction	Résultat esthétique	Echelle Numérique	Êtes-vous satisfaite du résultat de la reconstruction : 0 à 10 :
			Evaluation par le chirurgien :
		Echelle « good fair poor »	Evaluation par l'infirmière :
			Evaluation par la patiente :

SIGNES ET SYMPTOMES CUTANES : ☐ Non ☐ Oui ☐ Non fait

Si oui, compléter ci-dessous :

GRADE (échelle CTC V4.0)	Date de début	Date de fin	En cours
Atrophie			<input type="checkbox"/>
Rougeur/Erythème			<input type="checkbox"/>
Fibrose sous-cutanée			<input type="checkbox"/>
Hyperpigmentation			<input type="checkbox"/>
Eruption cutanée			<input type="checkbox"/>
Télangiectasie			<input type="checkbox"/>
Ulcération			<input type="checkbox"/>

(Données à récupérer auprès des radiothérapeutes)

M | | – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN DROIT

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

Evaluation sein/aisselle faite : ☐ Non ☐ Oui

Traumatisme bras : ☐ Non ☐ Oui

Traumatisme épaule : ☐ Non ☐ Oui

Traumatisme sein : ☐ Non ☐ Oui

Drainage : ☐ Non ☐ Oui Si oui, nb de séances : | |

Rééducation : ☐ Non ☐ Oui Si oui, site : ☐ Bras ☐ Epaule Nb de séances : | |

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Ganglion Axillaire	Limitation des mouvements de l'épaule	Score de constant	Antépulsion : Abduction : Rotation latérale : Rotation médiale :
Ganglion Axillaire	Limitation de la force musculaire de l'épaule	Score de constant	
Ganglion Axillaire	Lymphocèle chronique	Ponction (nombre depuis la chirurgie)	
Ganglion Axillaire	Douleur	Echelle Numérique	
Ganglion Axillaire	lymphœdème	Mesure (cm)	Bras controlatéral : Bras homolatéral : Avant-bras à 10 cm sous le coude : Poignet : Manchon : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Sein	douleur	Echelle Numérique	
Sein	Résultat esthétique	Evaluation observationnelle (0-4)	
Sein	Cicatrisation	Vancouver scar scale	Inflammation : Couleur : Epaisseur : Extensibilité :

Pour les centres participant à l'évaluation de Constant

M | | | – EVALUATION SEIN AISSELLE

CANCER TOXICITIES

SEIN DROIT

0 ☐ Non Applicable 1 ☐ Applicable

Evaluation sein/aisselle faite : ☐ Non ☐ Oui

Reconstruction : ☐ Non ☐ Oui Si oui, Date : | | | / | | | / | | | | |

Pour les centres participant à l'évaluation esthétique

Thème	Paramètre	Test	Valeur
Reconstruction	Résultat esthétique	Echelle Numérique	Êtes-vous satisfaite du résultat de la reconstruction : 0 à 10 :
			Evaluation par le chirurgien :
		Echelle « good fair poor »	Evaluation par l'infirmière :
			Evaluation par la patiente :

SIGNES ET SYMPTOMES CUTANES : ☐ Non ☐ Oui ☐ Non fait

Si oui, compléter ci-dessous :

GRADE (échelle CTC V4.0)	Date de début	Date de fin	En cours
Atrophie			<input type="checkbox"/>
Rougeur/Erythème			<input type="checkbox"/>
Fibrose sous-cutanée			<input type="checkbox"/>
Hyperpigmentation			<input type="checkbox"/>
Eruption cutanée			<input type="checkbox"/>
Télangiectasie			<input type="checkbox"/>
Ulcération			<input type="checkbox"/>

(Données à récupérer auprès des radiothérapeutes)

M | | – EVALUATION GYNECOLOGIQUE

CANcer TOxicities

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes rhumatologiques : ☐ Non ☐ Oui ☐ Non fait

Sécheresse vaginale : ☐ Non ☐ Oui Si oui : ☐ Modérée ☐ Intense

Leucorrhées : ☐ Jamais ☐ Peu fréquentes ☐ Très fréquentes

Saignements (si grade ≥ 1 : échographie + avis gynécologique) : Grade CTC v4.0 : | |

Infections gynécologiques : ☐ Jamais ☐ < 1mois ☐ > 1mois

Bouffées de chaleur : Grade CTC v4.0 : | |

Si bouffées de chaleur grade ≥ 1 , traitement des bouffées de chaleur :

☐ Médicamenteux ☐ Auriculothérapie ☐ Homéopathie ☐ Acupuncture ☐ Autre ☐ Aucun

Efficacité : ☐ Nulle ☐ Modérée ☐ Efficace

Sueurs nocturnes réveillant la patiente : ☐ Non ☐ Oui

Persistance des règles : ☐ Non ☐ Oui

Si non date des dernières règles : | | / | | / | |

Contraception : ☐ Non ☐ Oui

Si oui : Stérilet cuivre :

☐ Non ☐ Oui

Stérilet hormonal :

☐ Non ☐ Oui

Pilule :

☐ Non ☐ Oui

Implant :

☐ Non ☐ Oui

Autre : _____

☐ Non ☐ Oui

Précisez

Grossesse : ☐ Non ☐ Oui

Echographie pelvienne : ☐ Non ☐ Oui

Si oui : ☐ Normale ☐ Anormale

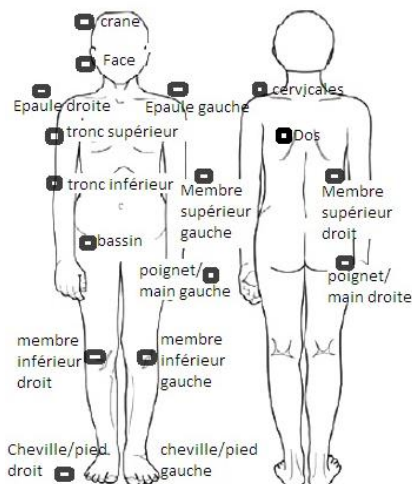
Si anormale, préciser : _____

M | | | – EVALUATION RHUMATOLOGIQUE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes rhumatologiques : ☐ Non ☐ Oui ☐ Non fait



Echelle Numérique :

Note de 0 à 10 pour situer le niveau de douleur

Note 0 est égale à "pas de douleur"

Note 10 est égale à "la douleur maximale imaginable"

Note donnée par la patiente pour le point le plus douloureux

ressenti : | | |

Pas de
douleur

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Douleur
maximale
imaginable

Douleurs musculaires : ☐ Non ☐ Oui Si oui préciser le siège :

☐ Dos ☐ Fesses ☐ Membre inférieurs ☐ Membres supérieurs ☐ Extrémités ☐ Autre : _____

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | |

- Pics douloureux : EN | | | fréquence | | | / semaine

- Douleurs au repos : ☐ Non ☐ Oui Douleurs à la reprise : ☐ Non ☐ Oui

Douleurs articulaires : ☐ Non ☐ Oui Si oui préciser le siège :

☐ Hanche ☐ Genou ☐ Pied/Cheville ☐ Epauule ☐ Coude ☐ Mains/poignet ☐ Autre : _____

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | |

- Pics douloureux : EN | | | fréquence | | | / semaine

- Douleurs au repos : ☐ Non ☐ Oui Douleurs à la reprise : ☐ Non ☐ Oui

Syndrome canal carpien : ☐ Oui ☐ Non Si oui : côté : ☐ Droit ☐ Gauche

- Intensité des douleurs chroniques par échelle EN | | |

- Pics douloureux : EN | | | fréquence | | | / semaine

IRM articulaire : ☐ Non ☐ Oui Si oui : ☐ Normal ☐ Anormal

EMG : ☐ Non ☐ Oui Si oui : ☐ Normal ☐ Anormal

FRACTURE OSSEUSE : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, Nombre | | |

Date : | | | / | | | / | | |

Date : | | | / | | | / | | |

Date : | | | / | | | / | | |

Cause la plus probable :

☐ Métastase

☐ Ostéoporose

☐ Traumatisme

☐ Autre, _____

Site de la(des) fracture(s) :

☐ Avant-bras

☐ Tibia

☐ Cheville

☐ Thorax

☐ Fémur

☐ Pelvis

☐ Vertèbres cervicales

☐ Vertèbres lombaires

☐ Autre, _____

M | | | – EVALUATION NEUROLOGIQUE

CANcer TOxiciTés

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes neurologiques : ☐ Non ☐ Oui ☐ Non fait

Toxicités	Présence	Grade Max
Troubles de la concentration	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Dysgueusie	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Maux de tête	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Paresthésies	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Neuropathie motrice périphérique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Neuropathie sensorielle périphérique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Autre toxicité neurologique Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Autre toxicité neurologique Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Autre toxicité neurologique Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

____|____|____|____|____|____|

____|____|

____|____|____|____|____|____|

M | ____ | ____ | – EVALUATION CARDIOLOGIQUE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Consultation d'un cardiologue depuis la dernière visite : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, précisez maladie/événement : _____ / _____ / _____

Examens FEVG disponibles : ☐ Non ☐ Oui

Date	Méthode	Résultat
____ ____ ____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) <input type="checkbox"/> Echographique	____ ____ %
____ ____ ____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) <input type="checkbox"/> Echographique	____ ____ %
____ ____ ____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/> Isotopique (MUGA) <input type="checkbox"/> Echographique	____ ____ %

M | | | – EVALUATION ARTERIO-VEINEUSE

CANCER TOXICITÉS

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes artério-veineux : ☐ Non ☐ Oui ☐ Non fait

Toxicités	Présence
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Phlébite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Accident Ischémique artérielle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre trouble vasculaire Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre trouble vasculaire Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre trouble vasculaire Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

--	--	--

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

M | | – EVALUATION PULMONAIRE

CANCER TOXICITÉS

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes pulmonaires : ☐ Non ☐ Oui ☐ Non fait

Toxicités	Présence	Grade Max
Dyspnée	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Epanchement pleural	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Toux productive	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Autre toxicité pulmonaire Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Autre toxicité pulmonaire Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Autre toxicité pulmonaire Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

M | | – EVALUATION GASTRO-INTESTINALE

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes gastro-intestinaux : ☐ Non ☐ Oui ☐ Non fait

Toxicités	Présence	Grade Max
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Nausées	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Vomissements	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Constipation	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

M | | – EVALUATION PEAU / MUQUEUSES / PHANERES

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes peau / muqueuses / phanères : ☐ Non ☐ Oui ☐ Non fait

Toxicités	Présence	Grade Max
Alopécie	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Toxicité unguéale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Prurit	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Rash	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Autre précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Autre précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

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

--	--	--

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

M | | | – TROUBLES GENERAUX

CANCER TOXICITÉS

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Signes et symptômes généraux : ☐ Non ☐ Oui ☐ Non fait

Si oui précisez : _____ / _____
 _____ / _____
 _____ / _____
 _____ / _____

Maladie endocrinienne : ☐ Non ☐ Oui

Si oui nature : ☐ Hyperthyroïdie ☐ Hypothyroïdie ☐ Autre : _____

M | | – CONSULTATIONS MEDICALES / PARAMEDICALES

CANCER TOXICITIES

A remplir à l'aide des données renseignées dans le carnet patient et de l'interrogatoire effectué lors de la visite.

Consultation d'un généraliste : ☐ Non ☐ Oui Si oui, Nb de fois | | | depuis la dernière visite

Consultation d'un spécialiste : ☐ Non ☐ Oui

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiologue | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |
| <input type="checkbox"/> Dermatologue | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |
| <input type="checkbox"/> Dentiste | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |
| <input type="checkbox"/> Neurologue | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologiste | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |
| <input type="checkbox"/> ORL | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |
| <input type="checkbox"/> Phlébologue | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |
| <input type="checkbox"/> Podologue | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser _____ | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |

Consultation d'un professionnel paramédical : ☐ Non ☐ Oui

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acuponcteur | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |
| <input type="checkbox"/> Diététicien/nutritionniste | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |
| <input type="checkbox"/> Homéopathe | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |
| <input type="checkbox"/> Ostéopathe | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |
| <input type="checkbox"/> Naturopathe | Si oui, Nb de fois depuis la dernière visite |

Consultation d'un sexologue : ☐ Non ☐ Oui Si oui, Nb de fois | | | depuis la dernière visite

Consultation d'un psychiatre : ☐ Non ☐ Oui Si oui, Nb de fois | | | depuis la dernière visite

Consultation d'un psychologue : ☐ Non ☐ Oui Si oui, Nb de fois | | | depuis la dernière visite

Cure thermale : ☐ Non ☐ Oui Si oui, Nb de fois | | | depuis la dernière visite

Séance de kinésithérapeute : ☐ Non ☐ Oui Si oui, Nb de fois | | | depuis la dernière visite

Type : ☐ Drainage ☐ Rééducation ☐ Autre, préciser _____

M | | – PROBLEMES INFECTIEUX

CANCER TOXICITIES

Depuis la dernière visite

Vaccination contre la grippe : ☐ Non ☐ Oui

Prise de traitements préventifs des infections hivernales : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser _____

Nombre d'épisodes de fièvre : | |

Dont : - Grippe : ☐ Non ☐ Oui

- Infections ORL, angines incluses : ☐ Non ☐ Oui

- Infections urinaires : ☐ Non ☐ Oui

Nombre de gastroentérites : | |

Autres infections sans fièvre : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser : _____ / _____ / _____

M | | – COMMENTAIRES LIBRES

CANCER TOXICITIES

FICHE EVENEMENT

CANcer TOxicities

Récidive locale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Date de la récurrence : / /	
Type de récurrence : <input type="checkbox"/> Infiltrant <input type="checkbox"/> In situ	
Récidive ganglionnaire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Date de la récurrence : / /	
Type de récurrence : <input type="checkbox"/> Axillaire <input type="checkbox"/> Sus-claviculaire <input type="checkbox"/> Mammaire interne	
<input type="checkbox"/> Autre(s), à préciser _____	
Métastases*	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Date d'apparition : / /	
Localisation : <input type="checkbox"/> Hépatique <input type="checkbox"/> Pleuro-pulmonaire <input type="checkbox"/> Os <input type="checkbox"/> Peau <input type="checkbox"/> SNC	
<input type="checkbox"/> Autre(s), à préciser _____	
Localisation contralatérale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Date d'apparition : / /	
Type de récurrence : <input type="checkbox"/> Infiltrant <input type="checkbox"/> In situ	
Second cancer*	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Date de diagnostic : / /	
Diagnostic et localisation, en clair _____	
Décès	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Date de décès : / /	
Cause du décès (cocher la principale raison) : <input type="checkbox"/> Toxicité <input type="checkbox"/> Cancer du sein <input type="checkbox"/> Second cancer	
<input type="checkbox"/> Autre cause en clair _____	

* compléter la fiche de fin d'étude

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

--	--	--

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

TRAITEMENTS CONCOMITANTS

CANCER TOXICITIES

Médicament		Indication	Date de début	Date de fin	En cours
Nom commercial	Posologie				
			___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/>
			___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/>
			___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/>
			___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/>
			___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/>
			___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/>
			___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/>
			___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/>
			___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/>

Nom de l'Investigateur Principal : _____

Date ___/___/___

Signature : _____

FICHE DE FIN D'ETUDE

CANcer TOxicities

A compléter:

Si suivi à 5 ans terminé
Si la patiente présente une rechute à distance ou un second cancer
Si la patiente présente des métastases
Si la patiente retire son consentement,
Si la patiente est décédée
Si la patiente est perdue de vue

<input type="checkbox"/> Décédée <i>☞ compléter la fiche Evénements</i>	Date : ____ / ____ / 20 ____
Cause du décès :	
<input type="checkbox"/> Lié au cancer	
<input type="checkbox"/> Toxicité : <i>préciser</i> _____	
<input type="checkbox"/> Second cancer : <i>préciser</i> _____	
<input type="checkbox"/> Autre : <i>préciser</i> _____	
<input type="checkbox"/> Fin du suivi protocolaire de 60 mois	Date : ____ / ____ / 20 ____
<input type="checkbox"/> Retrait de consentement	Date : ____ / ____ / 20 ____
<input type="checkbox"/> Perdue de vue	Date dernières nouvelles : ____ / ____ / 20 ____
<input type="checkbox"/> Métastases détectées lors du bilan d'extension	
<input type="checkbox"/> Rechute à distance ou second cancer <i>☞ compléter la fiche Evénements</i>	Date : ____ / ____ / 20 ____
<input type="checkbox"/> Autre raison, préciser : _____	

Je, soussigné(e) Dr, certifie l'exactitude des données recueillies dans la fiche de fin d'étude.

Date : ____ / ____ / 20 ____

Signature de l'investigateur :