

FICHE D'ADRESSAGE POUR UN ESSAI CLINIQUE

Médecin demandeur : _____ Date de la demande : ___/___/_____

Service : _____

Etablissement : _____

Modalité de réponse souhaitée :

Téléphone : N° : _____

E-mail : _____ @ _____

Demande pour une étude spécifique : oui non

Si oui, nom de l'étude : _____

Données administratives du patient

Initiale Nom : ___ Initiale Prénom : ___ Sexe : M F

Année de naissance : _____

Histoire de la maladie

Localisation de la tumeur primitive : _____

Type histologique : _____

Anomalies moléculaires particulières : _____

Métastases : oui non Si oui, sites : _____

Métastases cérébrales : oui non

Si oui, stable depuis au moins 4 semaines sans corticoïdes : oui non

Maladie mesurable ? : oui non NA

(NB : maladie mesurable si masse tumorale ≥ 10 mm de grand axe ou ganglion ≥ 15 mm de petit axe)

Matériel tumoral disponible : oui non

Si non, le patient est-il biopsiable ? oui non

Examen Clinique & Pathologies concomitantes

Statut OMS : _____ Commentaires : _____

Toxicité(s) séquellaire(s) : oui non

Type de toxicité : _____ Grade : _____

Traitements concomitants en cours : _____

Prise de corticoïdes : oui non

Si oui : Nom et dose : _____

Traitements antérieurs (Chimiothérapie/Radiothérapie/autres)

Traitement	Situation *	Date de début	Date de fin	Motif d'arrêt

*(1) Néo-adjuvant ; (2) adjuvant ; (3) Localement avancé ou Métastatique

Antécédents notables

- HTA non contrôlée
- Insuffisance cardiaque
- Infarctus du myocarde
- Troubles du rythme cardiaque
- Thrombose veineuse
- Embolie pulmonaire
- Diabète
- Maladie auto-immune ? si oui, laquelle : _____
- Antécédents de cancer dans les 5 ans (Si oui, lequel et date : _____)
- Autre : _____

IMPORTANT :

- Avez-vous abordé avec le patient les principes généraux des essais de phases précoces avec notamment les incertitudes quant à l'efficacité de ce type de traitement ? : oui non
- Avez-vous informé le patient de la présentation de son dossier en comité pluridisciplinaire interrégional et recueilli son accord : oui non
- Le patient accepte que ces données médicales soient transmises à un autre établissement pour participer à un potentiel essai clinique (données anonymisées) : oui non
- Souhaitez-vous assister à la réunion téléphonique du vendredi à 13h pour présenter le dossier de votre patient ? oui non



Veillez joindre à cette fiche les documents **anonymisés**:

- Lettre de synthèse récente ET compte-rendu de RCP
- Compte-rendu(s) de chirurgie si applicable
- Compte-rendu(s) anatomopathologique
- Compte-rendu des mutations moléculaires si applicable
- Les comptes-rendus des deux dernières imageries
- Un bilan biologique récent (hématologie, ionogramme sanguin, bilan hépatique, créatininémie)

Signature du médecin demandeur : _____

➤ Pour la **Normandie**, merci d'adresser cette fiche et les documents anonymisés à cette messagerie avant le jeudi midi:
essaitherapeutiquecfb@baclesse.unicancer.fr (taille max du message : 900 Ko)

➤ Pour les **Hauts-de-France**, merci d'adresser cette fiche et les documents anonymisés à cette messagerie sécurisée apicrypt avant le jeudi midi:

Adresse recommandée : clip2-hdf@medical59.apicrypt.org (taille max du message : 900 Ko)

Si impossibilité d'utiliser une messagerie apicrypt : essaitherapeutiquehdf@o-lambret.fr

➤ Si vous avez déjà identifié une étude d'intérêt pour votre patient, vous êtes libre de transmettre directement cette fiche et les documents anonymisés à la messagerie sécurisée du centre investigateur.

Date staff : _____

Essais disponibles : oui non

Nom(s) du ou des essai(s) et centre(s) dans le(s)quel(s) il(s) est(sont) disponibles(s) :

- _____ contact : _____

Lien :

- _____ contact : _____

Lien :

- _____ contact : _____

Lien :

Pour toute question, vous pouvez contacter :

Aurore Acroute (chef de projet CLIP²) : aurore.acroute@chru-lille.fr

Dr Elodie Coquan (responsable CLIP² normand) : coque@baclesse.unicancer.fr