

CDV-2011

*Enquête nationale sur les conditions de vie
des personnes atteintes d'une maladie
chronique ou de longue durée*

**QUESTIONNAIRE MÉDICAL
« CANCER DU POUMON »**

IDENT-CDV2011 : «CODE_BENEF»

*Les informations collectées portent
sur les antécédents, l'anamnèse,
les caractéristiques cliniques et
anatomopathologiques du cancer
et les traitements.*

Date de la RCP (ou de la dernière consultation si dossier médical) : ____/____/ (MM/AAAA)

Date de diagnostic initial : ____/____/ (MM/AAAA)

Prise en charge actuelle :

Primaire Rechute Progression

S'agit-il d'un premier cancer ?

Oui Non NSP

Circonstance de découverte :

Manifestation clinique Autre, préciser : _____

Score de performance actuel (en indiquer au moins un parmi les différents scores proposés) :

→ Capacité de vie OMS (de 0 [autonome] à 4 [dépendant]) : _____

→ Karnofsky (0 à 100) : _____

→ ECOG (0 à 5) : _____

→ Personne âgée : AGGIR (1 à 6) : _____

Antécédent(s) : _____

Histologie :

Cancer du poumon à petites cellules Cancer du poumon non à petites cellules

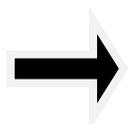
Stade au diagnostic :

→ Si Cancer du poumon non à petites cellules : TNM : _____ (TNM **clinique** si chimiothérapie néo-adjuvante)

→ Si Cancer du poumon à petites cellules : Localisé Étendu

A retourner à :

**INSERM-ORS, service logistique
Etude CDV 2011
23, rue Stanislas Torrents
13006 Marseille**



Traitement : Le patient a-t-il subi le (ou les) traitements suivants ?

Chirurgie :

Oui Non NSP

→ Si Oui, laquelle a été la (ou les) interventions pratiquées ? (plusieurs réponses possibles)

Lobectomie Pneumonectomie Autre, préciser : _____

Chimiothérapie :

Oui adjuvante Oui néo-adjuvante Non NSP

→ Si Oui, molécule(s) et nombre de cures : _____

→ Nombre de lignes de chimiothérapie : _____

Radiothérapie externe :

Oui Non NSP

→ Si Oui, zone irradiée : Thorax Autre, préciser : _____

Chimio-Radiothérapie concomitante :

Oui Non NSP → Si Oui, molécule(s) : _____

Thérapie ciblée :

Oui Non NSP

→ Si Oui : Erlotinib (Tarceva®) Gefitinib (Iressa®) Bevacizumab (Avastin®)

Autre, préciser : _____

Surveillance seule (sans traitement anti-cancéreux) :

Oui Non NSP

Soins palliatifs :

Oui Non NSP

Autre :

Oui Non NSP

→ Si Oui, préciser : _____

Si information de suivi disponible :

Récidive : Oui Non → Si Oui, date : ____/_____/ (MM/AAAA)

Métastase : Oui Non → Si Oui, date : ____/_____/ (MM/AAAA) ; localisation : _____

Autre cancer : Oui Non → Si Oui, date : ____/_____/ (MM/AAAA) ; localisation : _____

Autre événement grave (AVC, AVP, ...) : Oui Non

→ Si Oui, date : ____/_____/ (MM/AAAA) ; type d'évènement : _____

Traitement en cours, précisez : _____