

CDV-2011

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

**QUESTIONNAIRE MÉDICAL
« CANCER DU SEIN »**

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)

Topographie :

Sein droit Sein gauche Les deux seins

Prise en charge actuelle :

Primaire Rechute Progression

S'agit-il d'un premier cancer ?

Oui Non NSP

Circonstance de découverte :

Manifestation clinique Dépistage individuel Dépistage organisé

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 : _____

Stade au diagnostic :

TNM : _____ (TNM **clinique** si chimiothérapie néo-adjuvante)

Données histologiques :

Grade SBR : 1 2 3

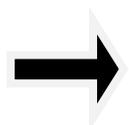
Récepteurs hormonaux : RE : ____ % Positif Négatif NSP

RP : ____ % Positif Négatif NSP

HER2 : Positif Négatif NSP

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*)

Tumorectomie (*zonectomie/quadrantectomie*) Mastectomie Curage ganglionnaire axillaire

Reconstruction mammaire 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 : Paroi thoracique Aisselle Autre, préciser : _____

Hormonothérapie :

Oui Oui Non NSP

→ Si Oui : Anti-aromatase Tamoxifène

Thérapie ciblée :

Oui Non NSP

→ Si Oui : Herceptine® (*Trastuzumab*) Lapatinib (*Tykerb®*) Bevacizumab (*Avastin®*)

Autre, préciser : _____

Castration :

Chirurgicale (*ovariectomie*) Médicale (*analogue GnRH*) Radique

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 : _____