|  |  |
| --- | --- |
| **Formulaire d’annonce de cas**  **Tumorboard Urologie** | |
| ***Les annonces se font jusqu’au mercredi à 17h00 !*** | Envoyer à (email) : [tumorboard-urologie@h-fr.ch](mailto:tumorboard-urologie@h-fr.ch) |
| La réunion multidisciplinaire d’urologie hebdomadaire a lieu les (sauf jours fériés) **Jeudis à 17h15** - Salle « Jura », Etage B, HFR Fribourg - Hôpital cantonal. | **Date :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médecin présentant le patient** | | | | | |
| Nom |  | | | Service |  |
| **Données du patient** | | | | | |
| Nom |  | | | Prénom |  |
| Date de naissance | |  | | | |
| **Discussion préthérapeutique** | | | **Discussion postthérapeutique** | | |
| Nouveau cas (1er diagnostic)  Cas du centre (pas diagnostic primaire)  Résultats :  biopsie  discussion imagerie  Progression / récidive  Suivi | | | Patient déjà présenté au TB urologie du :  Résultat chirurgie  Progression / récidive  Suivi  Autre raison | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Données médicales** | | | | | | | |
| Diagnostic principal et résumé des antécédents oncologiques significatifs : | | | | | | | |
| Histologie :       Organe : | | | | | | | |
| Gleason score : | | | | | | | Date du diagnostic : |
| Classification :      T           N           M       Stade : | | | | | | | |
| Biopsie : | | | | | | | |
| iPSA :       PSA actuel : | | | | | | | |
| TR : | | | | | | | |
| Autres marqueurs tumoraux : BHCG       AFP       LDH | | | | | | | |
| Risk group (Ca Prostate)  Low risk  Medium risk  High risk | | | | | | | |
| **Examens déjà effectués** - Préciser les éléments pathologiques  Si externe à HFR **= *merci de vous assurer que les images sont à disposition de la radiologie (s/PACS)*** | | | | | | | |
| **Type** | | **Date** | | **Lieu** | | **Résultats** | |
| Choisissez un élément.  Si autre, merci de préciser : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  | |  | |
| Choisissez un élément.  Si autre, merci de préciser : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  | |  | |
| Choisissez un élément.  Si autre, merci de préciser : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  | |  | |
| Choisissez un élément.  Si autre, merci de préciser : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  | |  | |
| Choisissez un élément.  Si autre, merci de préciser : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  | |  | |
| Choisissez un élément.  Si autre, merci de préciser : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  | |  | |
| Choisissez un élément.  Si autre, merci de préciser : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  | |  | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Traitements déjà effectués** | | | | | | | |
| **Type** | | | **Date** | | **Détails / résultats** | | |
| Choisissez un élément.  Si autre, merci de préciser : | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  | | |
| Choisissez un élément.  Si autre, merci de préciser : | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  | | |
| Choisissez un élément.  Si autre, merci de préciser : | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  | | |
| Choisissez un élément.  Si autre, merci de préciser : | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  | | |
| Choisissez un élément.  Si autre, merci de préciser : | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  | | |
| Choisissez un élément.  Si autre, merci de préciser : | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |  | | |
| **Diagnostics secondaires importants** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Problème actuel / Questions au TB :** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **RECOMMANDATION TUMORBOARD** | | | | | | | |
| **Situation :** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Bilan :** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Thérapie :** | | | | | | | |
| curative        palliative | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Recommandation consultation chez dentiste (Prolia, Xgeva, Zometa) :**  oui | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Inclusion dans une étude | | oui  non | | | | | |
| si oui, laquelle |  | | | | | | |
| Médecin responsable | | | | | | | |
| Qui informe |  | | | | | | |
| Qui convoque |  | | | | | | |
| A représenter au TB dans | |  | | | | | |
| **Visa** | | | | | | | |
| **Urologie**  Dr Fateri  Dr Fleury  Dr Hugonnet  Dr Schwab  Dr Xafis  **En accord avec**  Dr Küng | | **Oncologie**  Dr Küng  Dre Gautron Moura  Médecin assistant oncologie | | **Radio-Oncologie**  Dre Achard  Prof. Allal  Dr Kuhn    **Radiologie**  Prof. Thöny  Radiologue HFR | | **Pathologie**  Dr Gugger  Dr Nobile    **Medécine nucléaire**  Dr Antonescu  Dr Fernandes Vieira | |