

Nom et prénom du patient :

Date de naissance : ____/____/____ (Jour/Mois/Année)

N° dossier GR (si applicable) :

FICHE DE SCREENING DEMANDE D'ESSAI DE PHASE I

Fiche de screening à renvoyer aux planificatrices accompagnée des documents suivants :

- Bilan biologique de moins de 15 jours (ordonnance en page 5)
- Compte rendu anatomopathologique
- Dernier compte rendu scanner/pet scanner/IRM
- Dernier compte rendu de consultation

CONTACT PLANIFICATRICES

Karine FREON: 01 42 11 42 03 / karine.freon@gustaveroussy.fr

Charline VINCENT : 01 42 11 51 14 / charline.vincent@gustaveroussy.fr

Mélanie GUIBOURT : 01 42 11 56 10 / melanie.guibourt@gustaveroussy.fr

Fax : 01 42 11 60 13

PRISE EN CHARGE

Pour être inclus dans un essai thérapeutique de phase I, votre patient doit bénéficier d'une couverture par la Sécurité Sociale (ou CMU) ou d'un formulaire E112 (S2) pour les patients européens) :

Type de prise en charge :

.....



Conformément à la réglementation en vigueur, « les essais cliniques et les prestations qui en découlent ne rentrent pas dans le champ des prestations prises en charge par l'Assurance-Maladie, en vertu des dispositions de l'article L321-1 du Code de la Sécurité Sociale ». Cela signifie qu'aucun bon de transport ne pourra être établi pour les déplacements liés à un essai clinique.

Dans le cadre des essais cliniques industriels, l'intégralité des frais de transports seront à avancer par votre patient, ils seront remboursés dans un second temps par l'Industriel.

Cet élément doit être murement réfléchi par votre patient avant d'envisager de participer à un essai clinique.

ETAT CLINIQUE

O.M.S. : 0 1 2

Commentaires :

.....

.....

ANTECEDENTS NOTABLES (merci de préciser la date si < à 6 mois)

1. HTA Oui Non
2. Thrombose veineuse et/ou Embolie pulmonaire Oui Non
3. Dysfonction cardiaque (diminution FEVG) Oui Non
4. Syndrome coronarien aigu Oui Non
5. Troubles du rythme Oui Non
6. Diabète Oui Non
7. Autre cancer Oui Non
8. Contrôle antalgique satisfaisant..... Oui Non
9. Maladie auto-immune..... Oui Non
10. Médication concomitante notable (corticoïdes, anticoagulation,...):
-

DIAGNOSTIC

MERCI DE JOINDRE IMPERATIVEMENT LE COMPTE-RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE DE DIAGNOSTIC

Localisation du cancer primitif :

Type histologique précis :

Sites métastatiques précis :

Métastase biopsiable ? Oui Non

Maladie mesurable selon RECIST 1.1 Oui Non

Lésions injectables au niveau des ganglions Oui Non

Lésions injectables au niveau de la peau Oui Non

Anomalies moléculaires/ génétiques connues : .. Oui Non

Si oui, préciser :

.....

ALK	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	MSI	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
BRAF	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	MYC	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
BRCA1	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NOTCH	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
BRCA2	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NRAS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
CKIT	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	P53	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
EGFR	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	PI3K	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
FGFR1	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	RE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
HER2	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	RET	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
KRAS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	RP	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
MET	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	ROS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Commentaires (mutations de résistance, autres anomalies) :

.....

TRAITEMENTS PREALABLES

1. Radiothérapie médiastinale : Oui Non

2. Lignes de traitements :

Ligne 1

Ligne 2

Ligne 3

Ligne 4

Ligne x

3. Si le patient a reçu des anthracyclines, merci de préciser le nom de l'anthracycline et la dose totale reçue en mg/m² :

DATE DE LA DERNIERE CURE : ____ / ____ / ____ (Jour / Mois / Année)

TOXICITES SEQUELLAIRES

Oui Non

Type de grade :

Commentaires :

.....

Avez-vous abordé avec le patient les principes généraux des essais de Phase I avec notamment les incertitudes de ce type de traitement ?

Oui Non

En tant que médecin référent, vous vous engagez à reprendre en charge votre patient dès la fin de l'étude de phase I pour laquelle vous nous l'avez adressé :

Oui Non

Si votre patient est inclus dans un protocole de Phase I, vous vous engagez à nous fournir rapidement les renseignements complémentaires suivants concernant les traitements antérieurs de sa maladie :

➤ Les dates précises de début et de fin de toutes les chimiothérapies, radiothérapies, les chirurgies ; avec les doses et les meilleures réponses observées) :

Oui Non

COORDONNEES

Nom du Médecin demandeur :

Adresse :

.....

Tel : **Fax** :

Mail :

Nom du patient :

Adresse :

.....

Tel Fixe : **Portable** :

Mail :

Date : ____/____/____

Signature :

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Identification du patient

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

NFS
TP, TCA, Fibrinogène
Ionogramme sanguin, urée, créatinine
Calcium, phosphore, Magnésium
Acide urique
Bilan hépatique, Bilirubine totale
Protides, Albumine, pré-albumine
LDH
CRP

Résultats à faxer au **01 42 11 60 13** svp

PRESCRIPTION SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)
