

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Pathologiste demandeur : *

Nom :

1 seul nom, même en cas de double signature

Prénom :

N° de la demande : *

Date de naissance du patient :

Date d'envoi de la demande : *

Date de réception par le relecteur :

Date de retour du diagnostic :

Contexte de la demande : *

Demande de consultation de second avis à un pathologiste externe à ma structure

Un tiers externe demande d'envoyer le cas pour relecture

Double lecture dans le cadre d'une procédure mise en place par l'INCa.

Préciser le réseau ACP/Protocole :

Relecture dans le cadre d'un protocole national (hors INCa) ou international.

Préciser le réseau ACP/Protocole :

Participation à un travail scientifique

Préciser l'intitulé du travail scientifique :

Pathologiste sollicité (1^{er} relecteur) :

Nom :

Prénom :

Structure du pathologiste sollicité :

Email du pathologiste sollicité :

Pathologiste répondeur :

Nom :

Prénom :

1 seul nom, même en cas de double signature

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PRÉLÈVEMENT

Type d'examen : *

- Histologie PO
- Histologie biopsie
- Cytologie
- Frottis cervico-utérin

Appareil (plusieurs choix possibles) *	Organe (plusieurs choix possibles) *
<input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/> Artère <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Lymphatique <input type="checkbox"/> Microcirculation <input type="checkbox"/> Veine
<input type="checkbox"/> Digestif	<input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Appendice <input type="checkbox"/> Canal biliaire extrahépatique <input type="checkbox"/> Côlon <input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Intestin grêle <input type="checkbox"/> Œsophage <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Région péri-ampulaire <input type="checkbox"/> Vésicule biliaire
<input type="checkbox"/> Endocrinien	<input type="checkbox"/> Hypophyse <input type="checkbox"/> Parathyroïde <input type="checkbox"/> Surrénale <input type="checkbox"/> Système paraganglionnaire <input type="checkbox"/> Thyroïde
<input type="checkbox"/> Fœtus et placenta	<input type="checkbox"/> Fœtus <input type="checkbox"/> Placenta
<input type="checkbox"/> Gynécologique (hors pathologie mammaire)	<input type="checkbox"/> Col utérin <input type="checkbox"/> Corps utérin <input type="checkbox"/> Ovaire <input type="checkbox"/> Trompe <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Vulve
<input type="checkbox"/> Hématologique (<i>y compris la pathologie splénique et thymique</i>)	<input type="checkbox"/> Ganglion lymphatique <input type="checkbox"/> Moelle osseuse

	<input type="checkbox"/> Rate <input type="checkbox"/> Thymus
<input type="checkbox"/> Œil et annexes	<input type="checkbox"/> Annexes oculaires <input type="checkbox"/> Œil
<input type="checkbox"/> Oreille	<input type="checkbox"/> Oreille
<input type="checkbox"/> Os et articulations	<input type="checkbox"/> Articulation <input type="checkbox"/> Mandibule <input type="checkbox"/> Maxillaire <input type="checkbox"/> Os
<input type="checkbox"/> Peau	<input type="checkbox"/> Peau
<input type="checkbox"/> Poumon	<input type="checkbox"/> Poumon
<input type="checkbox"/> Rein	<input type="checkbox"/> Rein
<input type="checkbox"/> Sein	<input type="checkbox"/> Sein
<input type="checkbox"/> Séreuses	<input type="checkbox"/> Péritoine <input type="checkbox"/> Plèvre
<input type="checkbox"/> Système nerveux et muscle strié	<input type="checkbox"/> Muscle squelettique <input type="checkbox"/> Nerf périphérique <input type="checkbox"/> Système nerveux central
<input type="checkbox"/> Tissus mous	<input type="checkbox"/> Médiastin <input type="checkbox"/> Rétropéritoine <input type="checkbox"/> Tissus mous autres
<input type="checkbox"/> Urologique et génitale masculine	<input type="checkbox"/> Annexe testiculaire <input type="checkbox"/> Bassinet <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Rein (tumoral) <input type="checkbox"/> Testicule <input type="checkbox"/> Urètre <input type="checkbox"/> Vésicule séminale <input type="checkbox"/> Vessie
<input type="checkbox"/> Voies aéro-digestives supérieures et glandes salivaires	<input type="checkbox"/> Bouche <input type="checkbox"/> Cavité nasale <input type="checkbox"/> Glande salivaire accessoire <input type="checkbox"/> Glande salivaire principale <input type="checkbox"/> Larynx <input type="checkbox"/> Nasopharynx <input type="checkbox"/> Oropharynx <input type="checkbox"/> Sinus paranasal <input type="checkbox"/> Trachée

3. RENSEIGNEMENTS TECHNIQUES

<u>Technique(s) utilisée(s) par le 1er lecteur</u>	<u>Technique(s) utilisée(s) par le 1er relecteur</u>
<input type="checkbox"/> <u>Coloration standard</u> <input type="checkbox"/> <u>Coloration spéciale</u> <input type="checkbox"/> <u>Technique IHC</u> <input type="checkbox"/> <u>Technique ICC</u> <input type="checkbox"/> <u>Technique HIS</u> <input type="checkbox"/> <u>Technique BM</u>	<input type="checkbox"/> <u>Aucune technique refaite</u> <input type="checkbox"/> <u>Coloration standard (nouvelle)</u> <input type="checkbox"/> <u>Coloration spéciale (nouvelle)</u> <input type="checkbox"/> <u>Technique IHC (nouvelle)</u> <input type="checkbox"/> <u>Technique ICC (nouvelle)</u> <input type="checkbox"/> <u>Technique HIS (nouvelle)</u> <input type="checkbox"/> <u>Technique BM (nouvelle)</u> <input type="checkbox"/> <u>Pas d'information à ce sujet</u>

Histologie

Matériel tissulaire envoyé par le 1^{er} lecteur

	Nombre	Envoi postal	Envoi numérique	
<input type="checkbox"/> Lame blanche	-----	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Lame HE/HES	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> image	<input type="checkbox"/> LV
<input type="checkbox"/> Lame Coloration spéciale	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> image	<input type="checkbox"/> LV
<input type="checkbox"/> Lame IHC	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> image	<input type="checkbox"/> LV
<input type="checkbox"/> Lame HIS	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> image	<input type="checkbox"/> LV
<input type="checkbox"/> Bloc en paraffine	-----	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Tissu fixé	-----			
<input type="checkbox"/> Tissu congelé	-----			
<input type="checkbox"/> Tissu dans un milieu de préservation	-----			

Matériel additionnel envoyé par le 1^{er} lecteur

	Nombre	Envoi postal	Envoi numérique	
<input type="checkbox"/> Compte rendu histologique	-----	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Compte rendu moléculaire	-----	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Formulaire/protocole	-----	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Image macroscopique	-----	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Imagerie (radio, écho, TDM, IRM, PET)	-----	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Résumé clinique / Feuille de demande	-----	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Cytologie

Matériel tissulaire envoyé par le 1er lecteur

	Nombre	Envoi postal	Envoi numérique	
<input type="checkbox"/> lame blanche	-----	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> lame colorée	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> image	<input type="checkbox"/> LV
<input type="checkbox"/> lame ICC	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> image	<input type="checkbox"/> LV
<input type="checkbox"/> lame HIS	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> image	<input type="checkbox"/> LV
<input type="checkbox"/> lame blanche cytobloc	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> image	<input type="checkbox"/> LV
<input type="checkbox"/> lame colorée cytobloc	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> image	<input type="checkbox"/> LV
<input type="checkbox"/> lame ICC cytobloc	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> image	<input type="checkbox"/> LV
<input type="checkbox"/> lame HIS cytobloc	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> image	<input type="checkbox"/> LV
<input type="checkbox"/> liquide	-----			
<input type="checkbox"/> culot	-----			
<input type="checkbox"/> cytobloc	-----	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> liquide congelé	-----			
<input type="checkbox"/> liquide dans milieu de préservation	-----			
<input type="checkbox"/> culot congelé	-----			
<input type="checkbox"/> culot dans milieu de préservation	-----			

Documents additionnels envoyés par le 1er lecteur

	Nombre	Envoi postal	Envoi numérique	
<input type="checkbox"/> Compte rendu cytologique	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Compte rendu moléculaire	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Formulaire/protocole	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Image macroscopique	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Imagerie (radio, écho, TDM, IRM, PET)	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Résumé clinique / Feuille de demande	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. DIAGNOSTIC

<p><u>Renseignements fournis par le 1er lecteur</u></p> <p><u>Type de pathologie *</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Tumorale (inclus les cas de doute entre bénin/malin)</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Inflammatoire</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Dystrophique</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Malformative</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Non défini</u></p>	<p><u>Renseignements obtenus du 1er relecteur</u></p> <p><u>Type de pathologie *</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Tumorale (inclus les cas de doute entre bénin/malin)</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Inflammatoire</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Dystrophique</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Malformative</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Non défini</u></p>
<p><u>Diagnostic retenu :</u></p>	<p><u>Diagnostic retenu :</u></p>
<p><u>Hypothèses diagnostiques (si pas de diagnostic retenu) :</u></p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p><u>Hypothèses diagnostiques (si pas de diagnostic retenu) :</u></p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>
<p><input type="checkbox"/> <u>Pas de diagnostic, pas d'hypothèse</u></p>	

Code ADICAP *Il est possible de saisir 2 codes*

--	--

Degré de certitude du 1er lecteur sur le diagnostic *

- Certain
- Très probable
- Probable
- Incertain
- Je ne sais pas
- NA (si pas de diagnostic, pas d'hypothèse du 1^{er} lecteur)

5. ECART DIAGNOSTIQUE (1er lecteur/relecteur)

Evaluation par le 1er lecteur

- Il n'y a pas d'écart
 - Il existe un écart
 - L'écart n'est pas évaluable
 - NA (si pas de diagnostic, pas d'hypothèse du 1^{er} lecteur)
-

Analyse de l'écart diagnostique - A remplir uniquement s'il existe un écart diagnostique

A. L'écart porte sur :

- Le typage lésionnel
- Le sous-typage lésionnel
- Le typage moléculaire
- La nature bénin/malin
- Le grade histologique
- Le stade
- L'origine (en cas de métastase)

B. L'écart a été mis en évidence par la/les technique(s) suivante(s) :

- Coloration standard
- Coloration spéciale
- Technique IHC
- Technique ICC
- Technique HIS
- Technique BM

Préciser sur quel(s) coloration(s)/anticorps/sonde(s) porte l'écart :

C. Impact de l'écart sur la prise en charge du patient (point de vue du pathologiste) :

- Sans impact
 - Impact minime
 - Impact majeur
 - Impact non déterminable
-

D. Impact de l'écart sur la prise en charge du patient (après avis clinique)

Non applicable (pas d'avis clinique sollicité)

Nom du clinicien :

Spécialité :

Date de l'échange ACP-Clinique :

Impact après l'avis clinique

Sans impact

Impact minime

Impact majeur

Impact non déterminable

6. DECISION DU 1er LECTEUR

Décision du 1er lecteur

Accepte l'avis du 1er lecteur

Désaccord avec l'avis du 1er lecteur

Demande adressée à un 2ème lecteur
(3ème avis)

Décision en attente (le 1^{er} lecteur demande
un avis extérieur)

Diagnostic final retenu :

Renseignements obtenus du 1er lecteur

Le 1^{er} lecteur demande un avis
extérieur

7. RESPECT DE L'ANNEXE 6 DES RBPACP v2 (avis diagnostique impliquant plusieurs pathologistes)

Évaluation par le 1er lecteur

Les recommandations du chapitre 6.3 de l'annexe 6 des RBPACP ont-elles été suivies par le relecteur ? (cf. Note infra)

Non

Oui

Si Non, préciser :

Le matériel à renvoyer a-t-il été restitué ?

Non

Oui

Si Non, préciser :

8. SUIVI CLINIQUE (en cas d'évolution inattendue)**Evaluation par le 1er lecteur**

L'évolution clinique contredit le diagnostic final retenu

Préciser :

Note : Recommandations du chapitre 6.3 de l'annexe 6 des RBPACP v2 (*Compte rendu type de réponse à une demande d'avis*)

Le compte rendu indique :

- le nom du demandeur et ses coordonnées ;
- le nom du pathologiste premier lecteur et ses coordonnées ;
- la description précise des documents ACP reçus (types, quantité, n° d'enregistrement) ;
- la date de réception de ces documents ;
- le/les diagnostic(s) proposé(s) par le premier lecteur ;
- le cadre de la relecture (en cas de relecture systématique dans un réseau) ;
- les types d'examen(s) nouvellement réalisés étayant le diagnostic rendu ;
- une conclusion explicite ;
- la description précise des documents restitués et de ceux gardés en en mentionnant la raison.

Il respecte les règles de la déontologie.