

FICHE DE PRE-SCREENING ESSAIS CLINIQUES – Centre Oscar Lambret

Afin d'inclure un patient dans un essai clinique, veuillez compléter les informations ci-dessus et retourner la fiche par fax au 03.20.29.59.71 ou par mail investigation@o-lambret.fr

Etablissement
Médecin Demandeur Service

Modalité de réponse souhaitée :			
Téléphone	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	N°: _____
Fax	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui N°de fax : _____
e-mail	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	adresse e-mail : _____
Date de la demande :			

La liste des études ouvertes au sein du Centre est disponible sur notre site internet à l'adresse suivante :

<http://www.centreoscarlambret.fr/recherche-cancerologique/essais-cliniques>

Etude spécifique	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si oui, code de l'étude : _____
URGENT	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Données Administratives

Nom Prénom Sexe : M F

Date de naissance/...../.....

Adresse :

.....

Téléphone(s) :

Histoire de la maladie

Type de tumeur :

Histologie :

Stade :/ Mutations :

Sites métastatiques :

Métastases cérébrales oui non

si oui, stable depuis au moins 4 semaines sans corticoïdes : oui non

Maladie mesurable? : oui non NA

(NB : maladie mesurable si masse tumorale ≥ 10 mm de grand axe ou ganglion ≥ 15 mm de petit axe)

Si nécessaire : patient biopsiable ? oui non

si oui, quels sites seraient accessibles :

Traitements antérieurs :

Chirurgie

Procédure	Date	Commentaires

Chimiothérapie

Protocole	Situation *	Date de début	Date de fin	Motif d'arrêt

* (1) Néo-adjuvant ; (2) adjuvant ; (3) Localement avancé ou Métastatique

Autres

Protocole	Situation *	Date de début	Date de fin	Motif d'arrêt

* (1) Néo-adjuvant ; (2) adjuvant ; (3) Localement avancé ou Métastatique

Nom et date de la dernière prise de traitement :

Examen Clinique & Pathologies concomitantes

ECOG Status

Commentaire :

.....
.....

Traitements concomitants en cours :

.....
.....

Prise de corticoïdes : oui non

si oui : Nom et dose :

ATCDs notables

- HTA non contrôlée Insuffisance cardiaque Infarctus du myocarde
 Troubles du rythme cardiaque Thrombose veineuse ou embolie pulmonaire
 Autres pathologies sévères associées/concomitantes

(Merci de préciser :))

IMPORTANT :

Avez-vous abordé avec le patient les principes généraux des essais cliniques de phase I avec notamment les incertitudes quant à l'efficacité 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 pour laquelle vous nous l'avez adressé ? :
oui non

En l'absence d'étude ouverte au Centre correspondant à votre patient, souhaitez-vous que nous transmettions votre demande à la DRCI du CHRU de Lille pour un avis complémentaire ?
oui non

⇒ Veuillez joindre à cette fiche :

- Lettre de synthèse récente
- Compte-rendu(s) de chirurgie si applicable
- Compte-rendu(s) anatomopathologique
- Compte-rendu des mutations moléculaires si applicable
- Les comptes-rendus des deux dernières imageries
- Un bilan biologique datant de **moins de 15 jours** (hématologie, ionogramme sanguin, bilan hépatique, créatininémie)

A réception du dossier complet, l'ARC en charge de l'étude vous communiquera la date de rendez-vous prévue dans un délai de 24 à 48h.

<i>Cadre réservé au Service</i>	
<i>Etude</i>	
<i>ARC en charge</i>	
<i>Médecin référent</i>	
<i>Dossier Complet</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<i>Patient Incluible</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<i>Date de Rendez-vous</i>	<input type="checkbox"/> NA
<i>Date de réponse au médecin</i>	
<i>Patient prévenu</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NA