

CDV-2011

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

**QUESTIONNAIRE MÉDICAL
« LYMPHOMES MALINS
NON HODGKINIENS »**

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)

Prise en charge actuelle :

- Primaire Rechute Progression

S'agit-il d'un premier cancer ?

- Oui Non NSP

Circonstance de découverte :

- Manifestation clinique Autre, préciser : _____

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 :

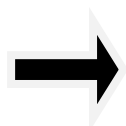
- Haut grade Bas grade

Stade au diagnostic :

Stade de Ann Arbor : _____

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 ?

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 : _____

Immunothérapie par Interféron recombinant :

Oui Non NSP

Thérapie ciblée :

Oui Non NSP

→ Si Oui : Rituximab (*Mabthera® - Rituxan®*) (anticorps antiCD20) Everolimus (*Afinitor®*)

Autre, préciser : _____

Greffe de cellules souches :

Oui Non NSP

Chimiothérapie intra-thécale :

Oui Non NSP

→ Si Oui, molécule(s) : _____

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 : _____