

CDV-2011

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

**QUESTIONNAIRE MÉDICAL
« CANCER DE LA PROSTATE »**

IDENT-CDV2011 : «CODE_BENEF»

*Les informations collectées portent
sur les antécédents, l'anamnèse,
les caractéristiques cliniques et
anatomo-pathologiques 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 Dépistage 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 : _____

Stade au diagnostic :

TNM : _____ (TNM *clinique* si chimiothérapie néo-adjuvante)

Données histologiques :

Grade de Gleason (2 à 10) : _____

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 ?

Chirurgie :

Oui Non NSP

→ Si Oui, laquelle a été la (ou les) interventions pratiquées ? (*plusieurs réponses possibles*)

Prostatectomie totale (*radicale*) Résection endoscopique Curage ganglionnaire

Autre, préciser : _____

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 : Pelvis Autre, préciser : _____

Curiethérapie :

Oui Non NSP

Hormonothérapie :

Oui Non NSP

→ Si Oui : Analogue GnRH Anti-androgène

Castration chirurgicale par ablation des testicules (*pulpectomie - orchidectomie*) :

Oui Non NSP

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 : _____