

Tél : 01 41 10 50 20

FICHE DE SUIVI à 6 ANS
(à partir de l'initiation Herceptin®)
A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente :

Initiales de la patiente :
Nom Prénom

Date de la visite :
Jour Mois Année

Date FEV (optionnel) :

Valeur FEV : % Méthode : scintigraphie échographie

Mammographie : (optionnel) Date :
Résultat : normal anormal ➔ diamètre : mm

CA 15.3 (optionnel) : U/ml

• Y a-t-il eu un événement depuis la dernière visite ? OUI NON

Si « OUI », veuillez compléter l'événement correspondant :

▪ Progression : NON OUI ➔ Date :

▪ Type de progression :

- Locale

- Loco-régionale

- A distance

- Controlatérale

▪ 2^{ème} cancer : NON OUI ➔ Date :

▪ Décès :
(Si « décès », veuillez compléter la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation initial)

Signature de l'Investigateur :

Date :

Tél : 01 41 10 50 20

FICHE DE SUIVI à 7 ANS
(à partir de l'initiation Herceptin®)
A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente :

Initiales de la patiente :
Nom Prénom

Date de la visite :
Jour Mois Année

Date FEV (optionnel) :

Valeur FEV : % Méthode : scintigraphie échographie

Mammographie : Date :
(optionnel) Résultat : normal anormal ➔ diamètre : mm

CA 15.3 (optionnel) : U/ml

• Y a-t-il eu un événement depuis la dernière visite ? OUI NON

Si « OUI », veuillez compléter l'événement correspondant :

▪ Progression : NON OUI ➔ Date :

▪ Type de progression :

- Locale

- Loco-régionale

- A distance

- Controlatérale

▪ 2^{ème} cancer : NON OUI ➔ Date :

▪ Décès :
(Si « décès », veuillez compléter la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation initial)

Signature de l'Investigateur :

Date :

Tél : 01 41 10 50 20

FICHE DE DECES ou DE DERNIERES NOUVELLES A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente :

Initiales de la patiente :
Nom Prénom

DECES : OUI NON

Date du décès :

- Cause du décès** :
- Liée à la maladie
 - Toxicité
 - Leucémie
 - Maladie intercurrente
 - 2^{ème} cancer
à préciser :
 - Autre
à préciser :

DERNIERES NOUVELLES : Date :

Signature de l'Investigateur :

Date :