

FICHE DE SUIVI à 6 MOIS
(à partir de la date de début de la chimiothérapie adjuvante)
A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : L S _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

CA 15.3 (optionnel) : _____ U/ml

EVENEMENT CLINIQUE

- 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)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

FICHE DE SUIVI à 12 MOIS
(à partir de la date de début de la chimiothérapie adjuvante)
A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : L S _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

Mammographie : 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)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

FICHE DE SUIVI à 18 MOIS
(à partir de la date de début de la chimiothérapie adjuvante)
A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : L S _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

CA 15.3 (optionnel) : _____ U/ml

EVENEMENT CLINIQUE

- 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)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

FICHE DE SUIVI à 24 MOIS
(à partir de la date de début de la chimiothérapie adjuvante)
A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : L S _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

Mammographie : 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)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

FICHE DE SUIVI à 30 MOIS
(à partir de la date de début de la chimiothérapie adjuvante)
A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : L S _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

CA 15.3 (optionnel) : _____ U/ml

EVENEMENT CLINIQUE

- 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)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

FICHE DE SUIVI à 36 MOIS
(à partir de la date de début de la chimiothérapie adjuvante)
A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : L S _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

Mammographie : 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)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

FICHE DE SUIVI à 48 MOIS
(à partir de la date de début de la chimiothérapie adjuvante)
A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : L S _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

Mammographie : 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)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

FICHE DE SUIVI à 54 MOIS
(à partir de la date de début de la chimiothérapie adjuvante)
A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : L S _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

CA 15.3 (optionnel) : _____ U/ml

EVENEMENT CLINIQUE

- 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)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

FICHE DE SUIVI à 60 MOIS
(à partir de la date de début de la chimiothérapie adjuvante)
A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : L S _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

Mammographie : 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)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

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 : L S _____

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** : _____