

Tél: 01 41 10 50 00

FICHE D'INCLUSION A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

(Adresse de contact e-mail : contactrechercheclinique@institutcancer.fr)

	gateur / Etablissemen										
						 Fax : └─	 	L		 	••••
N° de la	a patiente : LS——		(atti	ribué lors di		-					
	s de la patiente :	l l Nom	l	l Prénom		Date de	•	ice : L		l L L L l lois Année	
Date o	Date de signature du consentement éclairé :										
•	Critères d'inclusion v	vérifiés	:	•	OUI	□ N	NON [
•	Chimiothérapie	:				J _ L		ا لــلــا			
	·		D	ate de de	ébut		Da	te de fin			
•	Hormonothérapie	:		OUI		NON [
	Si «OUI », date de dé	but :	ш		Ш	1					
•	Radiothérapie	:		OUI		NON [
	Si «OUI », indiquer	:	щ			J _ L	السا	ا لـــــا			
	➤Traitement par Hero	cantin® i		ate de de		adiothór		ite de fin	JON 🗆 o	u Non applicable □	ı
	-	-					_				
>	Traitement par Herce	ptin® : c	date de	debut :				ou Non a	applicable	Ц	
>	Chimiothérapie à bas										
	Anthracyclines :	OUI 🗆	NON □	- Nb de	cycles :						
	Taxanes :			- Nb de	-						
	Autres : à préciser :			- Nb de	-						
HER2	: I.H.C.	0		1+		2+ 🗆		3+ □			
	F.I.S.H.	positif		négatif		non fait					
	C.I.S.H.	positif		négatif		non fait					
•	Localisation :	sein dı	roit 🗆		sein ga	auche 🗆]				
•	Taille clinique de la	tumeur :	L	<u> </u>	⊔ mm		Nombre	e de ganç	glions en	vahis : 📖	
•	$T \sqcup N \sqcup M$				Grade	SBR:	Ι□	II 🗆 II	I 🗆		
•	Tumeur inflammato	ire :	OUI		NON						
•	Récepteurs hormon	aux :		epteurs c epteurs p				positifs [gatifs □ gatifs □	
Signa	ture de l'Investigateu	·:						Date: L			



Tél: 01 41 10 50 00

Investigateur / Etablissement o					
N° de la patiente : Initiales de la patiente :	- S	l l Prénom			
Date de la visite : Jour	Mois Année				
CA 15.3 (optionnel):	U/ml				
	EVEN	IEMENT CLIN	IQUE		
Y a-t-il au un événemen	t depuis la dernièi	re visite ?	OUI 🗆	NON 🗆	
Si « OUI », veuillez comp	oléter l'événement c	orrespondant :			
• Progression :	NON 🗆	OUI	□ → Date		
Type de progres	ssion :				
- Locale					
- Loco-rég	ionale \square				
- A distanc	ce 🗆				
- Controlat	térale 🗆				
• 2 ^{ème} cancer :	NON 🗆	OUI	□ → Date		
	□ uillez compléter la fi	che « Décès » en	fin de cahier d'o	observation)	
Signature de l'Investigateur :			Date):	



Tél: 01 41 10 50 00

FICHE DE SUIVI à 12 MOIS

_	· / Etablissem						
N° de la patie Initiales de la	ente :	L S					
Date de la v		our Mois	Année				
Mammograp	ohie : Da	ite:		ш			
	Ré	sultat :	normal []	anor	mal 🗆 🛚	♦ diamètre : ☐☐☐☐☐ mm
CA 15.3 (opti	ionnel) : L	⊥ U/ml					
	il au un évén o DUI », veuillez					OUI	□ NON □
-	Progressio		NON 🗆	·	OUI	□ →	Date:
	Type de pro	ogression :					
	- Loc	ale					
	- Loc	o-régionale					
	- A di	stance					
	- Cor	itrolatérale					
•	2 ^{ème} cancer	: 1	NON 🗆		OUI	□ →	Date: LLL LLL
	Décès : (si « décès	□ », veuillez co	mpléter la	fiche « Déc	ès » en	fin de ca	nhier d'observation)
Signature d	e l'Investigate	alir ·					Date: LLL LLL



Tél: 01 41 10 50 00

FICHE DE SUIVI à 18 MOIS

Ville :			
N° de la patiente : LS — Initiales de la patiente :	lom Prénom		
Date de la visite : Jour Mois	Année		
CA 15.3 (optionnel):			
	EVENEMEN ⁻	Γ CLIN	NIQUE
 Y a-t-il au un événement depu 	uis la dernière visite	?	OUI 🗆 NON 🗆
Si « OUI », veuillez compléter l'	événement correspon	dant :	
- Progression :	NON 🗆	OUI	□ → Date : □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
Type de progression :	:		
- Locale			
- Loco-régionale			
- A distance			
- Controlatérale			
• 2ème cancer:	NON 🗆	OUI	□ → Date : □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
■ Décès : □ (si « décès », veuillez c	ompléter la fiche « Dé	cès » en	n fin de cahier d'observation)
Signature de l'Investigateur :			Date: LLL LLL



Tél: 01 41 10 50 00

FICHE DE SUIVI à 24 MOIS

_	Etablissement de Sa				
N° de la patien Initiales de la p	te: LS-				
Date de la vis		lois Année			
Mammograph	nie : Date : └ Résultat :	normal □		nal □ → diamètre : └──└	—— mm
CA 15.3 (option	nnel): LJJ U/n	nl			
	au un événement de			OUI 🗆 NON 🗆	
•	Progression :	NON 🗆	OUI	□ → Date : □□□□□	
	Type de progressio	n :			
	- Locale				
	- Loco-régiona	le 🗆			
	- A distance				
	- Controlatéral	е 🗆			
	2 ^{ème} cancer :	NON 🗆	OUI	□ → Date : □□□□□	
	Décès : □ (si « décès », veuillez	z compléter la fiche «	Décès » en	in de cahier d'observation)	
Signature de	l'Investigateur :			Date · LLL L	



Tél: 01 41 10 50 00

_						
N° de la patie Initiales de la	a patiente :		J _ll énom			
Date de la v	isite: Jour Mo	ois Année				
CA 15.3 (opt	ionnel): U/m	I				
		EVENE	MENT CLIN	IQUE		
• Y a-t-	il au un événement dep	ouis la dernière	visite ?	OUI 🗆	NON 🗆	
Si « C	OUI », veuillez compléter	l'événement cor	respondant :			
•	Progression :	NON 🗆	OUI	□ → Date :		
•	Type de progression	ı:				
	- Locale					
	- Loco-régional	e 🗆				
	- A distance					
	- Controlatérale					
	2 ^{ème} cancer :	NON 🗆	OUI	□ → Date :		
•	Décès : □ (si « décès », veuillez	compléter la fich	ne « Décès » en	fin de cahier d'o	bservation)	
Signature d	e l'Investigateur :			Date	:	



Tél: 01 41 10 50 00

FICHE DE SUIVI à 36 MOIS

_	Etablissement de Sa				
N° de la patien Initiales de la p	te: LS-				
Date de la vis		lois Année			
Mammograph	nie : Date : └ Résultat :	normal □		nal □ → diamètre : └──└	—— mm
CA 15.3 (option	nnel): LJJ U/n	nl			
	au un événement de			OUI 🗆 NON 🗆	
•	Progression :	NON 🗆	OUI	□ → Date : □□□□□	
	Type de progressio	n :			
	- Locale				
	- Loco-régiona	le 🗆			
	- A distance				
	- Controlatéral	е 🗆			
	2 ^{ème} cancer :	NON 🗆	OUI	□ → Date : □□□□□	
	Décès : □ (si « décès », veuillez	z compléter la fiche «	Décès » en	in de cahier d'observation)	
Signature de	l'Investigateur :			Date · LLL L	



Tél: 01 41 10 50 00

FICHE DE SUIVI à 42 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 :							
'ille :								
Date de la visite : Jour	Mois Anne	l ée						
CA 15.3 (optionnel):	U/ml							
	E	VENEMENT	CLIN	IQUE				
Y a-t-il au un événeme	nt depuis la de	ernière visite ?		OUI	\square NON \square			
Si « OUI », veuillez com	ıpléter l'événem	ent correspond	ant :					
- Progression :	NON		OUI	□ →	Date: LLL LLL			
- Type de progre	ession :							
- Locale								
- Loco-ré	gionale							
- A distar	nce							
- Control	atérale							
■ 2 ^{ème} cancer :	NON		OUI	□ →	Date:			
• Décès : (si « décès », vo	□ euillez compléte	r la fiche « Déc	ès » en	fin de ca	ahier d'observation)			
Signature de l'Investigateur	:				Date: LLL LLL			



Tél: 01 41 10 50 00

FICHE DE SUIVI à 48 MOIS

Investigateur /	Etablissement de S	Santé :			
Ville : N° de la patient Initiales de la p	te: LS	Nom Prénon			
Date de la vis		Mois Année			
Mammograph	iie : Date : L Résultat :	normal \square		□ → diamètre :	^J mm
CA 15.3 (option	nnel): U/I	ml			
		epuis la dernière vis er l'événement corres		JI □ NON □	
	Progression :	NON 🗆	OUI 🗆	→ Date : LLLL L	
	Type de progression	on:			
	- Locale				
	- Loco-régiona	ale 🗆			
	- A distance				
	- Controlatéra	le 🗆			
	2 ^{ème} cancer :	NON 🗆	OUI 🗆	→ Date : LLLL L	
	Décès : □ (si « décès », veuille	z compléter la fiche «	Décès » en fin d	e cahier d'observation)	
Signature de l	l'Investigateur :			Date:	لــــــا



Tél: 01 41 10 50 00

FICHE DE SUIVI à 54 MOIS

Ville : N° de la ¡ Initiales d Date de	patier de la	nte : patiente	Jour Moi	J Nom	Prénom							 	
CA 15.3	S (optio	onnel) :	U/ml										
				E	VENEMENT	CLIN	IQUI	E					
• Y	′ a-t-il	au un é	événement dep	uis la d	ernière visite '	?	OU	I		NON			
S	Si // Ol	II w vei	ıillez compléter l	'événen	nent correspon	dant ·							
_)		ession :	NON		OUI	П	_	Data :				
-		Flogie	:551011 .	NON		001	Ш	7	Dale .				
		Type d	le progression	:									
		-	Locale										
		-	Loco-régionale										
		-	A distance										
		-	Controlatérale										
		2 ^{ème} ca	ncer :	NON		OUI		→	Date :		ı	 	
•		Décès (si « dé	: □ écès », veuillez d	compléte	er la fiche « Dé	cès » en	fin de	e ca	hier d'o	bservat	ion)		
Signatu	ıre de	l'Invest	tigateur :						Date	: 🗀		 	



Tél: 01 41 10 50 00

FICHE DE SUIVI à 60 MOIS

Investigateur / Etablis Ville : N° de la patiente :					
Initiales de la patiente			L		
Date de la visite :	Jour Mois	⊥			
Mammographie :	Date:				
	Résultat :	normal \square	anor	mal □ → diamètre : ^I	mm
CA 15.3 (optionnel):	└┴┴┘ U/ml				
	-	is la dernière visit événement correspo		OUI 🗆 NON	
• Progre	ssion :	NON 🗆	OUI	□ → Date : └─┴	
- Type de	e progression :				
-	Locale				
-	Loco-régionale				
-	A distance				
-	Controlatérale				
■ 2 ^{ème} car	ncer:	NON 🗆	OUI	□ → Date : └─┴	ىلا بىل
• Décès (si « dé		ompléter la fiche « [Décès » en	fin de cahier d'observa	ation)
Signature de l'Investi	igateur :			Date : └─	



Tél: 01 41 10 50 00

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

ille :									
N° de la patiente : Initiales de la patiente :		LS Nom Prénom							
DECES :	OUI		NON 🗆						
	Date	e du décès :		ı					
Cause du décès :	-	Liée à la maladie							
	-	Toxicité							
	-	Leucémie							
	-	Maladie intercurren	te 🗆						
	-	2 ^{ème} cancer <i>à préciser :</i>							
	-	Autre à préciser :							
DERNIERES NOUVEL	LES :	Date: LL							
Signature de l'Investiga	teur :			Date:					