

**FICHE DE SCREENING POUR
UN ESSAI THERAPEUTIQUE**

NOM et Prénom du patient :

Date de naissance :

Patient bénéficiaire d'une couverture par la sécurité sociale (ou CMU) : Oui Non

Aucun avis ne sera donné si cette fiche n'est pas entièrement complétée et si un bilan biologique de moins de 15 jours et le compte-rendu anatomopathologique ne sont pas joints.

ETAT CLINIQUE

O.M.S. : 0 1 2 3 4

Commentaire :

Cette demande concerne :

- Une phase I : Oui Non
- Un profil moléculaire (protocole type Moscato) : Oui Non
- Étude non définie : Oui Non

ANTECEDENTS NOTABLES

HTA.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Diabète.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Thrombose veineuse et/ou embolie pulmonaire...	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Autre cancer.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Dysfonction cardiaque (FEVG diminuée).....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Contrôle antalgique satisfaisant.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Syndrome coronarien aigu.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladie auto-immune.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Troubles du rythme.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		

Médication concomitante notable (corticoïdes, anti coagulation,...) :

DIAGNOSTIC

Localisation du cancer primitif :

Type histologique précis :

Sites métastatiques précis :

Métastase biopsiable : Oui Non Anomalies moléculaires/génétiques connues :.... Oui Non

Si oui précisez :

<input type="checkbox"/> ALK	<input type="checkbox"/> BRAF	<input type="checkbox"/> BRCA1	<input type="checkbox"/> BRCA2	<input type="checkbox"/> CKIT	<input type="checkbox"/> EGFR	<input type="checkbox"/> FGFR1	<input type="checkbox"/> HER2	<input type="checkbox"/> KRAS	<input type="checkbox"/> MET
<input type="checkbox"/> MSI	<input type="checkbox"/> MYC	<input type="checkbox"/> NOTCH	<input type="checkbox"/> NRAS	<input type="checkbox"/> P53	<input type="checkbox"/> PI3K	<input type="checkbox"/> RE	<input type="checkbox"/> RET	<input type="checkbox"/> RP	<input type="checkbox"/> ROS

Commentaires (mutations de résistance, autres anomalies) :

TRAITEMENTS PREALABLES

Radiothérapie médiastinale : Oui Non

Lignes de traitements :

- Ligne 1 :
- Ligne 2 :
- Ligne 3 :
- Ligne 4 :
- Ligne x :

Si le patient a reçu des anthracyclines, merci de préciser le nom et la dose totale reçue en mg/m² :

Date de la dernière cure :

TOXICITES SEQUELLAIRES

Oui Non

Type de grade :

Commentaires :

Avez-vous abordé avec le patient les principes généraux des essais cliniques avec notamment les incertitudes de ce type de traitement ?

Oui Non

En tant que médecin référent, vous vous engagez à reprendre en charge votre patient dès la fin de l'étude pour laquelle vous l'avez adressé ?

Oui Non

Si votre patient est inclus dans un essai clinique, vous vous engagez à nous fournir rapidement les renseignements complémentaires suivants concernant les traitements antérieurs de sa maladie (les dates précises de début et de fin de toutes les chimiothérapies, radiothérapies, les chirurgies ; avec les doses et les meilleures réponses observées)

Oui Non

L'inclusion dans un essai clinique ne sera possible qu'après réception de l'ensemble de ces éléments

Nom du médecin demandeur :

Adresse :

Tél :

Fax :

Mail :

Nom du patient :

Adresse :

Tél fixe :

Tél portable :

Mail :

Date :

Signature :

Attention : Conformément à la réglementation en vigueur, "les essais cliniques et les prestations qui en découlent ne rentrent pas dans le champ des prestations prises en charge par l'Assurance-Maladie, en vertu des dispositions de l'article L321-1 du Code de la Sécurité Sociale".

Cela signifie qu'aucune prescription de transport ne pourra être établie pour les déplacements liés à un essai clinique.

Dans le cadre des essais cliniques industriels, l'intégralité des frais de transports seront à avancer par votre patient, ils seront remboursés dans un second temps par l'Industriel. Cet élément doit être mûrement réfléchi par votre patient avant d'envisager de participer à un essai clinique.

ANNEXE : Bilan biologique complet demandé

NFS / Plaquettes

Bilan rénal : Créatinine, clairance de la créatinine, urée, ionogramme (Na⁺, K⁺, Cl⁻)

Calcémie standard

Glycémie à jeun

Bilan hépatique : SGOT, SGPT, GGT, PAL, Bilirubine Totale et conjuguée

Merci d'envoyer cette fiche et les éléments du dossier :

- CHU de Caen : M. Vincent LEON (Fax : 02 31 06 53 64 / Tél : 02 31 06 54 37 / Mail : leon-v@chu-caen.fr)
- Baclesse : Dr Elodie COQUAN (Fax : 02 31 45 86 52 / Tél : 02 31 45 50 02 / Mail : essaitherapeutiquecfb@baclesse.unicancer.fr)
- 3C Guillaume : Aline MEZERGUES (Fax : 02 31 52 30 28 / Tél : 02 31 78 59 89 / Mail : guillaume.3c@gmail.com)