

Médecin clinicien déclarant	Médecin pathologiste chargé du diagnostic histologique (à renseigner par le clinicien)
Nom :	Nom :
Spécialité :	Adresse de la structure :
Institution :	
Téléphone :	
Date de déclaration :	Téléphone :

Mésothéliomes

Formulaire clinicien

Important : à remplir et à transmettre au médecin inspecteur de la Direction de l'Action Sanitaire (D.A.SA.).
Adresse : 48 boulevard d'Italie
MC 98000 MONACO
Tél. 98.98.83.10, fax : 98.98.81.59
Email : dass@gouv.mc

Coordonnées du patient (à remplir par le clinicien, variables obligatoires nécessaires pour générer le code d'anonymat)	
Nom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance :

A remplir par le médecin inspecteur de la D.A.SA.

Code d'anonymat : ✂	Date de notification :
Code d'anonymat :	Date de notification :

Informations sur le patient et le mésothéliome (à remplir par le clinicien)	
1 - Données patient	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance :
Lieu de naissance (commune et département ou pays) :	
Code postal de résidence :	
et/ou Commune et département de résidence (en clair) :	
2 - Mode de diagnostic : <input type="checkbox"/> chirurgie <input type="checkbox"/> ponction/biopsie <input type="checkbox"/> clinique <input type="checkbox"/> radiologique	
3 - Site : <input type="checkbox"/> plèvre <input type="checkbox"/> péritoine <input type="checkbox"/> péricarde <input type="checkbox"/> sans précision <input type="checkbox"/> autre, préciser :	
4 - Diagnostic anatomo-pathologique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<i>Si oui, date de prélèvement :</i>	
Type histologique : <input type="checkbox"/> épithélioïde <input type="checkbox"/> sarcomatoïde <input type="checkbox"/> desmoplastique <input type="checkbox"/> mixte (biphasique) <input type="checkbox"/> mésothéliome SAI	
<input type="checkbox"/> papillaire superficiel bien différencié <input type="checkbox"/> autre, préciser :	
5 - Contact professionnel connu avec de l'amiante :	
- avis du clinicien : <input type="checkbox"/> pas de contact connu <input type="checkbox"/> contact certain ou très vraisemblable <input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> ne sait pas	
- avis du patient : <input type="checkbox"/> pas de contact connu <input type="checkbox"/> contact certain ou très vraisemblable <input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Emploi et secteur associés à l'exposition cumulée à l'amiante la plus importante :	
Pendant combien d'années :	

Médecin clinicien déclarant (à renseigner par le clinicien) Nom : Spécialité : Tampon : Dater et signer :	A remplir par le médecin inspecteur de la D.A.SA. (attention : numéro dédié à la DO mésothéliomes) Médecin pathologiste chargé du diagnostic histologique Nom : Structure :
---	--

Médecin pathologiste déclarant	Médecin clinicien prescripteur (à renseigner par le pathologiste)
Nom :	Nom :
Adresse de la structure :	Spécialité :
Téléphone :	Institution :
Télécopie :	Téléphone :

Mésothéliomes
Formulaire pathologiste

Important : à remplir et à transmettre au médecin inspecteur de la Direction de l'Action Sanitaire (D.A.S.A.).
Adresse : 48 boulevard d'Italie
MC 98000 MONACO
Tél. 98.98.83.10, fax : 98.98.81.59
Email : dass@gouv.mc

Coordonnées du patient (à remplir par le pathologiste, variables obligatoires nécessaires pour générer le code d'anonymat)

Nom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance :

A remplir par le médecin inspecteur de la D.A.S.A.

Code d'anonymat :	Date de notification :
✂
Code d'anonymat :	Date de notification :

Informations sur le patient et le mésothéliome (à remplir par le pathologiste)

1 - Données patient

Sexe : M F Date de naissance :

Lieu de naissance (commune et département ou pays) :

Code postal de résidence :

et/ou Commune et département de résidence (en clair) :

2 - Mode de diagnostic : cytologie ponction/biopsie radioguidée biopsie/pièce opératoire autopsie

3 - Données anatomo-pathologiques :

Date de prélèvement : **Numéro d'examen :**

Type histologique : épithélioïde sarcomatoïde desmoplastique mixte (biphasique) mésothéliome SAI
 papillaire superficiel bien différencié autre, préciser :

Site : plèvre péritoine péricarde sans précision autre, préciser :

✂

Médecin pathologiste déclarant (à renseigner par le pathologiste)	A remplir par le médecin inspecteur de la D.A.S.A. (attention : numéro dédié à la DO mésothéliomes)
Nom :	Médecin clinicien prescripteur : nom :
Tampon ou coordonnées de la structure :	Spécialité :
	Institution :
	Patient : code postal ou commune/département de résidence :
Dater et signer :	Contact professionnel avec de l'amiante (recueil auprès du médecin clinicien) :
	<input type="checkbox"/> pas de contact connu <input type="checkbox"/> certain ou très vraisemblable
	<input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> ne sait pas