


Numéro du Registre du Cancer

1. PATIENT

Numéro d'identité: _____

Nom (s) de famille

Prénom (s)

 Date de naissance

 Age:

 Sexe:

(1=homme, 2=femme, 9=inconnu)

 Adresse habituelle:

Numéro(s) de Téléphone patient :

Numéro(s) de Téléphone parent :

 Groupe Ethnique
2. TUMEUR

 Date d'incidence: (jour/mois/année)

 Base du diagnostic: 0. Acte de décès uniquement
 1. Clinique 2. investigations cliniques (radio, etc.) 4. Marqueur spécifique
 5. Cytologie / Hématologie 6. Histologie/ métastase
 7. Histologie/tumeur prim. 9. Inconnu

 Site primitif de la tumeur **C**

 Morphologie: **M** /

 Latéralité 1. Droit 2. Gauche 3. Bilatérale 9. Inconnu

 Stade: **T:** **N:** **M:**
3. TRAITEMENT:

 Chirurgie date.../.../..... Radiothérapie date.../.../..... Chimiothérapie date.../.../.....

 Hormono date.../.../..... Immunothérapie date.../.../..... Autre (spécifier) date.../.../.....
 thérapie

[1=oui, 2=Non, 9=inconnu]

4. SOURCE d'INFORMATION

 Institution/service: _____

N° de dossier _____

 Laboratoire _____

Numéro du laboratoire _____

 Date
5. SUIVI

 Date du dernier contact (jour/mois/année):

 Statut lors du dernier contact (1=en vie, 2=décédé, 9=inconnu)

 Cause du décès (1= ce cancer, 2= autre cause, 9= inconnu).....

Formulaire rempli par: _____ Date _____ Signature _____

Vérifié par : _____ Date _____ Signature _____

AFCRN REGISTRE DU CANCER

FICHE de CODAGE – FORMULAIRE DE DECLARATION DU CANCER

Numéro d'enregistrement du cancer

--	--	--	--	--	--	--	--

4 chiffres pour l'année (YYYY) et 4 chiffres pour le numéro du patient

Age:

00 = enfant âgé de moins de 1 an (< 1 an)

De 1 à 98 ans = enfant ou adulte de 1 à 98 ans

99 = inconnu

Date d'incidence

La date du premier évènement (des 6 listés ci-dessous par ordre de priorité) doit être choisie pour être la date d'incidence. Si un évènement survient selon l'ordre priorité plus élevé dans les trois mois précédents la date initialement choisie, la date de ce nouvel évènement devrait l'emporter de préférence comme date d'incidence.

Ordre de priorités décroissant:

1. Date de la première confirmation histologique ou cytologique de la malignité (avec l'exception de l'histologie ou la cytologie d'autopsie). La date devrait être transcrite dans l'ordre suivant:
 - a) date lorsque le spécimen est fait (biopsie)
 - b) date de réception de celle-ci par l'anatomo-pathologiste
 - c) date du rapport de l'anatomo-pathologiste.
2. Date d'admission à l'hôpital à cause de son cancer.
3. Lorsqu'il a été suspecté lors d'une consultation externe uniquement, la date de cette première consultation externe liée à ce cancer.
4. Date du diagnostic, autre que 1, 2 ou 3.
5. Date du décès, si aucune information n'est disponible autre que le fait que le patient est mort à cause de son cancer.
6. Date du décès, si le cancer est découvert au moment de l'autopsie.

Quelle que soit la date choisie, la date d'incidence ne devrait pas être postérieure à la date de début du traitement, ou à la décision de ne pas traiter, ou à la date du décès.

Base du diagnostic:

Code	Description	Critères
0	Acte de décès uniquement	Les renseignements obtenus sont issus d'un acte de décès.
Non microscopique		
1	Clinique	Diagnostic établi avant le décès mais en l'absence des éléments qui suivent (codes 2-7). Toute technique diagnostique, y compris les radiographies, endoscopies, examens d'imagerie, ultrasons, chirurgie exploratrice (type laparotomie) et autopsies, en l'absence d'éléments diagnostiques tissulaires. Y compris les marqueurs biochimiques et/ou immunologiques propres à une localisation tumorale.
2	Examens d'investigation clinique	
4	Marqueurs tumoraux spécifiques	
Microscopique		
5	Cytologie	Examen cellulaire d'une localisation primitive ou secondaire, y compris les liquides prélevés par endoscopie ou à l'aiguille ; mais aussi examen microscopique des prélèvements de sang périphérique et de moelle osseuse.
6	Histopathologie d'une métastase	Examen histopathologique des tissus impliqués dans une métastase, y compris les échantillons autopsiques.
7	Histopathologie d'une tumeur primitive	Examen histopathologique des tissus impliqués dans la tumeur primitive, quelle que soit la méthode utilisée pour les obtenir, y compris toute méthode d'incision et biopsie de la moelle osseuse ; mais aussi échantillons autopsiques de la tumeur primitive.
9	Inconnu	

Site primitif de la tumeur: entrez le site PRIMITIF, et non le site métastatique. Si vous ne savez pas, notez site inconnu.

Code de topographie = CIM-O-3 (Classification internationale des maladies pour l'oncologie)¹

Morphologie:

M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Code morphologie = CIM-O-3 (Classification internationale des maladies pour l'oncologie)¹

Comportement:

<input type="checkbox"/>

Code de comportement = CIM-O-3 (Classification internationale des maladies pour l'oncologie)¹

Stade:

Codes de l'UICC/AJCC enregistrés (1,2A, 2B, 3A, 3B, 4)

TNM

Quand le stade/extension du cancer est présent dans le dossier clinique/pathologique suivant le système TNM, ces codes doivent être enregistrés. Le registre du cancer doit enregistrer les meilleures données possibles – ce doit être pT (plutôt que cT) et pN (plutôt que cN), si elles sont disponibles. S'il y a des preuves (clinique ou pathologique) de maladie métastatique, M est codé **1**. Si il n'y a pas, le code **M0** ; si MX a été enregistrée, remplacer par M0

Extension de la maladie comme le TNM est basée sur tous les examens effectués à avant le traitement, ainsi que la chirurgie et l'examen pathologique du spécimen(s) reséqué.

Les examens effectués après la chirurgie, mais pendant le même séjour à l'hôpital, sont inclus.

En l'absence d'une intervention chirurgicale, la classification TNM est basée sur des examens effectués avant le traitement médical, ou la radiothérapie, ou pendant le séjour à l'hôpital lorsque ces traitements ont commencé, ou une décision prise de les refuser.

La détection de la métastase après le premier traitement (y compris pendant le traitement adjuvant ou l'hormonothérapie) ne change pas le codage de l'extension de la maladie au moment du diagnostic

RECOMMANDATIONS POUR TNM ESSENTIEL

Quand T, et/ou N, et/ou M n'ont pas été explicitement inscrits dans les dossiers cliniques/pathologiques, le registre du cancer devrait noter l'étendue de la maladie selon le schéma TNM Essentiel:

M: **M+** **M-** (aucune mention de métastases, cliniquement ou pathologiquement)

N: **R+ (R2/R1)** **R-** (aucune mention de adénopathies régionales cliniquement ou pathologiquement)

T: **Avancé (A2/A1)** **Localisé (L2/L1)** **X** (ne peut- être évalué)

M est basé sur la meilleure information, qu'elle soit d'origine clinique, chirurgicale ou d'anapath. Pour M, les signes cliniques sont suffisants pour justifier M + en l'absence de confirmation pathologique de métastases à distance. Si aucune mention de métastases, notez comme M- . M+ comprend l'envahissement métastatique de tout autre ganglion que les ganglions lymphatiques régionaux.

T et **N** sont extraits, si possible, du dossier d'anapath, ou, en son absence, du dossier clinique (endoscopie, radios, etc.).

¹ CIM-O = Classification internationale des maladies pour l'oncologie (Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM et Whelan S. Troisième Edition. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse, 2008.

Les valeurs conventionnelles de T, N et M seront fournis sur une base spécifique au site.

R+ se réfère à la présence et l'extension des localisations ganglionnaires lymphatiques régionales. La définition de «adénopathies régionales» pour chaque site est fournie sur une base spécifique au site (voir annexe 2).

Absence d'informations spécifiques sur les métastases, adénopathies régionales, taille et/ou extension de la tumeur

Pour **M** et **N**, si il n'y a pas d'informations sur leur présence, supposer qu'ils sont absent (M-, R-).

1.

Pour **T**, x doit être noté si la présence d'une tumeur primitive est connue, mais il n'y a pas de renseignements sur sa taille ou son étendue. Rapportez-vous aux sites spécifiques pour évaluer l'état localisé ou avancé

LES CODES SOURCE (spécifiques à chaque pays)

Il importe de donner des codes locaux ou nationaux : codes hiérarchiques, par exemple des hôpitaux, des services, de la ville, de l'arrondissement, du quartier.....