Etude ONCOVIH 2006

|__|__|__| |__|__|__|__|
N° centre **Numéro du patient**

FICHE N°1 : Signalement

d'une nouvelle tumeur apparue à partir de janvier 2006 à envoyer par fax à :

INSERM U720
fax: 01.42.16.42.61

CENTRE CANCEROLOGIE	CENTRE VIH
Nom du médecin qui suit le patient : **Email :**	**Nom du médecin qui suit le patient :** **Email :**
N° du Centre ou à défaut nom du service , Hôpital, Ville:	**N° du Centre ou à défaut nom du service, hôpital, Ville :**
Date de notification : |__|__| / |__|__| / |__|__| Jour mois année	**Date de notification :** |__|__| / |__|__| / |__|__| Jour mois année

Initiales du patient **Nom** |__| **Prénom** |__|

Date de naissance |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
Jour mois année

* Seuls le mois, l'année de naissance et le numéro du patient est informatisé.

■**S'agit-il d'une nouvelle tumeur diagnostiquée à partir du 1er janvier 2006: Oui ☐ Non ☐**

➢**Si oui, Préciser le type de tumeur :**

TUMEURS SOLIDES

Poumon	|__|
Colon / Rectum	|__|
Anus	|__|
Cutané *mélanome*	|__|
Cutané *non mélanome*	|__|
Testicule *séminome*	|__|
Testicule *non séminome*	|__|
Col utérin	|__|
Leiomyosarcome	|__|
Sein	|__|
Tissus mous	|__|
ORL	|__|

TUMEURS HEMATOLOGIQUES

Maladie de Hodgkin	|__|
Lymphome cérébral primaire [1]	|__|
Lymphome non hodgkinien	|__|
Leucémie	|__|
Myélome	|__|
Maladie de Kaposi [2]	|__|

AUTRES TUMEURS

préciser : …… \|__\|

[1] *Le diagnostic peut reposer sur un traitement d'épreuve anti-toxoplasmique négatif.*
[2] *Le diagnostic clinique est accepté.*

■**Date de diagnostic** (histologique / cytologique) **:** |__|__| / |__|__| / |__|__|
Jour mois année

■**Tumeur : Primaire** |__| **secondaire**|__|

■**Siège des métastases** :……
……
……