

Data collection form

Le parcours de soins du cancer du sein au Maroc

A. DONNÉES GÉNÉRALES DE RECRUTEMENT	
1.	Numéro du cas : (Rabat : R ; Casablanca : C + S pour sein) [] [S] [] [] [] [] []
2.	Date de collecte des données (jour/mois/année) : [] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
3.	Date d'ouverture du dossier à l'hôpital : [] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
4.	Groupe d'enregistrement : [] (1. 01-02/2008 ; 2. 03-04/2009 ; 3. 05-06/2010 ; 4. 07-08/2011 ; 5. 09-10/2012 ; 6. 11-12/2013 ; 7. 01-02/2014)
5.	Numéro d'identifiant de la patiente à l'hôpital : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
6.	Code de l'investigateur : [] [] []

B. INFORMATIONS PERSONNELLES	
1.	Nom de la femme : Nom de famille : _____ Prénom : _____
2.a	Adresse de la femme : _____
2.b	Lieu de résidence : (1. Urbain ; 2. Semi-urbain ; 3. Rurale) []
3.	Le numéro de téléphone : Mobile 1 : _____ Mobile 2 : _____
4.a	Couverture sociale : (1. Oui ; 2. Non ; 9. Inconnu) []
4.b	Si oui : (1. CNOPS ; 2. CNSS ; 3. RAMED ; 4. INAYA ; 5. Autre : _) []
5.	Age (années) : (99. Age inconnu) [] [] []
6.	Date de naissance (jour/mois/année) : [] [] [] / [] [] [] / [1] [9] [] [] []
7.	Profession : (1. Femme au foyer ; 2. Ouvrière ; 3. Employée de bureau ; 4. Artisan, commerçante, chef de PME ; 5. Agricultrice ; 6. Cadre intermédiaire ; 7. Cadre supérieure ; 8. Autre _____ ; 9. Inconnu) []
8.	Niveau d'études : (1. Aucune ; 2. Primaire ; 3. Secondaire ; 4. Supérieur ; 9. Inconnu) []
9.	Statut matrimonial : (1. Célibataire ; 2. Mariée ; 3. Veuve ; 4. Séparée ; 9. Inconnu) []

C. HABITUDES PERSONNELLES		Oui/Non	Nombre d'années
1.	Fume des cigarettes : (1. Oui ; 2. Non)	[]	[] [] []
2.	Utilisation d'autre type de tabac : (1. Oui ; 2. Non)	[]	[] [] []
3.	Utilisation de la contraception orale : (1. Oui ; 2. Non)	[]	[] [] []

D. INFORMATIONS CLINIQUES	
1.	Présente des symptômes : _____ Durée (en mois)
1.a	○ Masse dans un sein : (99. Information sur la durée manquante) [] []
1.b	○ Ecoulement du mamelon : (99. Information sur la durée manquante) [] []
1.c	○ Ulcération du mamelon : (99. Information sur la durée manquante) [] []
1.d	○ Inversion ou rétraction du mamelon : (99. Information sur la durée manquante) [] []
1.e	○ Douleur au sein : (99. Information sur la durée manquante) [] []
1.f	○ Voussure ou Rétraction cutanée : (99. Information sur la durée manquante) [] []
1.g	○ Peau d'orange : (99. Information sur la durée manquante) [] []
1.h	○ Masse au creux axillaire : (99. Information sur la durée manquante) [] []
1.i	○ Autre, spécifier : _____ [] [] []

2.	Date de la première consultation médicale (jour/mois/année) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
3.	Nature de la consultation : (1. MG ; 2. Spécialiste ; 3. Praticien privé ; 4. Hôpital ; 5. Guérisseur traditionnel ; 6. Travailleur de la santé)	[]
4.	Personne référant à l'hôpital : (1. MG ; 2. Spécialiste ; 3. Médecin privé ; 4. Hôpital ; 5. Travailleur de la santé ; 6. Autoréférence ; 8. Autre : _____)	[]
5.	Date de référence (jour/mois/année) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
6.	Référée dans le cadre du programme national de dépistage du cancer du sein : (1. Oui ; 2. Non)	[]
7.	ATCD de dépistage du cancer du sein : (1. Mammographie ; 2. Examen clinique ; 3. Autre : _____)	[]
8.	Date du dernier dépistage (jour/mois/année) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
9.	Parité :	[] [] []
10.	Ménopause : (1. Oui ; 2. Non)	[]
11.	ATCD familiaux de cancer du sein : (1. Oui ; 2. Non)	[]

E. DIAGNOSTIC / TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN AVANT LA PRISE EN CHARGE DANS CE CENTRE ANTICANCÉREUX		
1.	Investigation avant d'être prise en charge dans ce centre anticancéreux : (1. Oui ; 2. Non)	[]
1.a	Si oui : (1. Secteur public ; 2. Secteur privé)	[]
2.	Examen clinique fait : (1. Oui ; 2. Non)	[]
2.a	Date d'examen clinique :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
2.b	Résultats d'examen, préciser : _____	
3.	Date de mammographie :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
3.a	Résultats de mammographie : (1. Normal ; 2. ACR1 ; 3. ACR2 ; 4. ACR3 ; 5. ACR4 ; 6. ACR5 ; 7. Pas fait)	
4.	Cytoponction faite : (1. Oui ; 2. Non)	[]
4.a	Si oui, date de cytoponction (jour/mois/année) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
5.	Biopsie faite : (1. Oui ; 2. Non)	[]
5.a	Si oui, date de biopsie (jour/mois/année) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
5.b	Si oui, résultat de l'examen cyto/histologique : (1. CCIS ; 2. CLIS ; 3. Carcinome canalaire infiltrant ; 4. Carcinome lobulaire infiltrant ; 5. Sarcome ; 6. Autre, préciser : _____ ; 7. Bénigne ; 9. Inconnu)	[]

F. INVESTIGATIONS FAITES AU CENTRE ANTICANCÉREUX		
1.	Cytoponction faite : (1. Oui ; 2. Non)	[]
1.a	Si oui, date de cytoponction (jour/mois/année ; 9. Inconnu) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
2.	Biopsie faite : (1. Oui ; 2. Non)	[]
2.a	Si oui, date de biopsie (jour/mois/année ; 9. Inconnu) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
2.b	Type de biopsie : (1. Microbiopsie ; 2. Chirurgicale ; 9. Inconnu)	[]
3.	Radiographie pulmonaire faite : (1. Oui ; 2. Non)	[]
3.a	Si oui, date du 1 ^{er} examen (jour/mois/année ; 9. Inconnu) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
4.	Mammographie des 2 seins faite : (1. Oui ; 2. Non)	[]
4.a	Si oui, date du 1 ^{er} examen (jour/mois/année ; 9. Inconnu) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
5.	Echographie abdominale faite : (1. Oui ; 2. Non)	[]
5.a	Si oui, date du 1 ^{er} examen (jour/mois/année ; 9. Inconnu) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
6.	Scintigraphie osseuse « corps entier » : (1. Oui ; 2. Non)	[]
6.a	Si oui, date (jour/mois/année ; 9. Inconnu) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
7.	Autre investigation faite : (1. Oui, spécifier : _____ ; 2. Non)	[]
7.a	Si oui, date (jour/mois/année ; 9. Inconnu) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
8.	Autre investigation faite : (1. Oui, spécifier : _____ ; 2. Non)	[]
8.a	Si oui, date (jour/mois/année ; 9. Inconnu) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
9.	Autre investigation faite : (1. Oui, spécifier : _____ ; 2. Non)	[]
9.a	Si oui, date (jour/mois/année ; 9. Inconnu) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
10.	Autre investigation faite : (1. Oui, spécifier : _____ ; 2. Non)	[]
10.a	Si oui, date (jour/mois/année ; 9. Inconnu) :	[] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []

G. CLASSIFICATIONS TNM / STADE UICC / GRADE HISTOPRONOSTIQUE		
1.	Stadification clinique	
1.a	Taille tumorale primaire : taille en cm (si tumeur présente)	[] []
1.b	Tumeur (T) : (1. T1 ; 2. T2 ; 3. T3 ; 4. T4 ; 5. Tx)	[]
1.c	Ganglion (N) : (1. N0 ; 2. N1 ; 3. N2 ; 4. N3 ; 5. Nx)	[]
1.d	Métastase (M) : (1. M0 ; 2. M1 ; 3. Mx)	[]
2.	Stadification histopathologie	
2.a	Taille tumorale primaire : taille en cm (si tumeur présente)	[] []
2.b	Tumeur (T) : (1. T1 ; 2. T2 ; 3. T3 ; 4. T4 ; 5. Tx)	[]
2.c	Ganglion (N) : (1. N0 ; 2. N1 ; 3. N2 ; 4. N3 ; 5. Nx)	[]
2.d	Métastase (M) : (1. M0 ; 2. M1 ; 3. Mx)	[]
3.	Stade UICC : (01. 0 ; 02. I ; 03. IIA ; 04. IIB ; 05. IIIA ; 06. IIIB ; 07. IIIC ; 08. IV ; 09. Réurrence ; 10. Stade impossible ; 11. Inconnu)	[]
4.	Type histopathologique/cytologie (si résultats d'histologie disponibles, les donner) : (1. CCIS ; 2. CLIS ; 3. Carcinome canalaire infiltrant ; 4. Carcinome lobulaire infiltrant ; 5. Sarcome ; 6. Autres, préciser : _____ ; 7. Bénigne ; 9. Inconnu)	[]
5.	Grade histopronostique : (1. Grade SBR I ; 2. Grade SBR II ; 3. Grade SBR III ; 8. Autres : _____ ; 9. Inconnu)	[]

H. IMMUNOHISTOCHEMIE		
1.	Récepteurs d'oestrogènes : (1. Positif ; 2. Négatif ; 3. Non fait)	[]
1.a	Pourcentage à préciser :	[] []
2.	Récepteurs de progestérone : (1. Positif ; 2. Négatif ; 3. Non fait)	[]
2.a	Pourcentage à préciser :	[] []
3.	HER2/neu : (1. Positif ; 2. Négatif ; 3. Non fait)	[]
3.a	Score HER2 : (1. Score 0 ; 2. Score 1+ ; 3. Score 2+ ; 4. Score 3+ ; 5. Non fait)	[]
3.b	FISH (si Score HER2=2) : (1. Positif ; 2. Négatif)	[]
4.	Ki-67 : (1. Fait ; 2. Non fait)	[]
4.a	Pourcentage à préciser :	[] []

I. DÉCISION DE LA RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP)		
1.	RCP faite : (1. Oui ; 2. Non)	[]
2.	Si oui, Date de la RCP :	[] [] / [] [] / [2] [0] [] []
3.	Quels sont les décisions thérapeutiques prises lors de cette RCP :	
	<input type="radio"/> Chirurgie	
	<input type="radio"/> Radiothérapie	
	<input type="radio"/> Chimiothérapie adjuvante	
	<input type="radio"/> Chimiothérapie néo-adjuvante	
	<input type="radio"/> Chimiothérapie palliative	
	<input type="radio"/> Hormonothérapie	
	<input type="radio"/> Soins palliatifs	
	<input type="radio"/> Absence de RCP ou d'un planning de traitement :	

J. TRAITEMENT – CHIRURGIE (si donnée)	
1.	Date de la chirurgie : [] [] / [] [] / [2] [0] [] [] []
2.	Nature de la chirurgie : <input type="radio"/> Tumorectomie <input type="radio"/> Mastectomie <input type="radio"/> Mastectomie radicale modifiée <input type="radio"/> Mastectomie radicale <input type="radio"/> Lymphadénectomie axillaire <input type="radio"/> Biopsie du ganglion sentinelle <input type="radio"/> Refusée <input type="radio"/> Autre
3.	Compte-rendu anatomo-pathologique post-chirurgie : (1. Oui ; 2. Non) []
3.a	Si oui, résultat : (1. CCIS ; 2. CLIS ; 3. Carcinome canalaire infiltrant ; 4. Carcinome lobulaire infiltrant ; 5. Sarcome ; 6. Autre, préciser : _____ ; 9. Inconnu) []
4.	Nombre total de ganglions prélevés : (99 si inconnu ; laisser vide si non applicable) [] [] []
5.	Complications post-opératoires : <input type="radio"/> Infection <input type="radio"/> Saignement <input type="radio"/> Thromboembolie <input type="radio"/> Déhiscence de la plaie <input type="radio"/> Complications anesthésiques <input type="radio"/> Autre : _____
6.	Durée de l'hospitalisation : Du [] [] / [] [] / [2] [0] [] [] [] au [] [] / [] [] / [2] [0] [] [] []

K. TRAITEMENT – RADIOTHÉRAPIE (si donnée)	
1.	Date de début (jour/mois/année) : [] [] / [] [] / [2] [0] [] [] []
2.	Date de complétion (jour/mois/année) : [] [] / [] [] / [2] [0] [] [] []
3.	Si radiothérapie externe
3.a	Planification individualisée faite : (1. Oui ; 2. Non ; 9. Inconnu) []
3.b	Type of machine : (1. Télécobalt ; 2. Accélérateur linéaire ; 3. Autre, spécifier : _____) []
3.c	Date de début (jour/mois/année) : [] [] / [] [] / [2] [0] [] [] []
3.d	Date de complétion (jour/mois/année) : [] [] / [] [] / [2] [0] [] [] []
3.e	Total des doses données (en Gy) : [] [] [] [] [] []
3.f	Nombre de fractions : [] [] []
4.	Si curiethérapie
4.a	Date de début (jour/mois/année) : [] [] / [] [] / [2] [0] [] [] []
4.b	Date de complétion (jour/mois/année) : [] [] / [] [] / [2] [0] [] [] []
4.c	Nombre de fractions : [] [] []
4.d	Délai entre les fractions (en jours) : [] [] [] []
4.e	Type de curiethérapie : (1. Bas débit de dose ; 2. Haut débit de dose) []
5.a	Délai/Interruption des séances de radiation : (1. Oui ; 2. Non) []
5.b	Si oui, raisons : (1. Complications ; 2. Panne mécanique ; 3. Ne s'est pas présentée ; 8. Autre : _____) []
5.c	Complications de la radiothérapie : <input type="radio"/> Hématologiques <input type="radio"/> Pulmonaires <input type="radio"/> Dermatologiques <input type="radio"/> Autres :
6.a	Hospitalisation nécessaire pour la radiothérapie : (1. Oui ; 2. Non) []
6.b	Si oui, durée (en jours) : [] [] [] []

L. TRAITEMENT – CHIMIOTHÉRAPIE (si donnée)	
1.	Indication : (1. Adjuvante ; 2. Néoadjuvante ; 3. Palliative) []
2.	Chimiothérapie adjuvante et néoadjuvante
2.a	Protocole AC60 : (1. Oui ; 2. Non) []
2.b	Nombre de cycles, protocole AC60 : []
2.c	Anthracycline FEC100 : (1. Oui ; 2. Non) []
2.d	Nombre de cycles, Anthracycline FEC100 : []
2.e	Docetaxel : (1. Oui ; 2. Non) []
2.f	Nombre de cycles, Docetaxel : []
2.g	Paclitaxel : (1. Oui ; 2. Non) []
2.h	Nombre de cycles, Paclitaxel : []
2.i	Trastuzumab (Herceptine) : (1. Oui ; 2. Non) []
2.j	Nombre de cycles, Herceptine : []
2.k	Autre molécule (Précisez : _____) : (1. Oui ; 2. Non) []
2.l	Nombre de cycles, Autre molécule : []
2.m	Date de début (jour/mois/année) : [] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
2.n	Date de complétion (jour/mois/année) : [] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
3.	Chimiothérapie palliative (1 ^{ère} ligne seulement)
3.a	Molécule(s) : <input type="radio"/> Anthracyclines (AC-FEC) <input type="radio"/> Docetaxel <input type="radio"/> Paclitaxel <input type="radio"/> Gemcitabine <input type="radio"/> Capecitabine <input type="radio"/> Vinorelbine <input type="radio"/> Trastuzumab <input type="radio"/> Vinorelbine + Capecitabine <input type="radio"/> Vinorelbine + 5-FU <input type="radio"/> Docetaxel + Capecitabine <input type="radio"/> Bevacizumab <input type="radio"/> Lapatinib <input type="radio"/> Autre : _____
3.b	Nombre de cycles []
3.c	Date de début (jour/mois/année) : [] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
3.d	Date de complétion (jour/mois/année) : [] [] [] / [] [] [] / [2] [0] [] [] []
4.a	Délai/Interruption : (1. Oui ; 2. Non) []
4.b	Si oui, raisons : [] (1. Complications ; 2. Drogues non disponibles ; 3. Ne s'est pas présentée ; 8. Autres : _____)
4.c	Complications de chimiothérapie : <input type="radio"/> Hématologiques <input type="radio"/> Gastro-intestinales <input type="radio"/> Rénales <input type="radio"/> Neurologiques <input type="radio"/> Cardiologiques <input type="radio"/> Autres : _____

M. TRAITEMENT – HORMONOTHÉRAPIE (si donnée)	
1.	Indication : (1. Adjuvante ; 2. Palliative) []
2.	Date de début (jour/mois/année) : [][]/[][]/[2][0][][]
3.	Molécule : (1. Tamoxifene ; 2. Inhibiteurs de l'aromatase (Letrozole, Anastrozole, Exemestane ; 3. Autres : _____) []
4.	Durée (mois) : [][]
5.	Complications : _____

N. TRAITEMENT – SOINS PALLIATIFS (si donnés)	
1.	Soins palliatifs donnés : (1. Refusés ; 2. Oui, la morphine ; 3. Oui, Autre : _____ ; 9. Inconnu) []
2.	Si la morphine est prescrite, type de préparation : (1. Orale ; 2. Injectable ; 3. Autre) []
3.a	Prescription d'opioïdes autres que la morphine : (1. Oui ; 2. Non) []
3.b	Si opioïdes prescrits, Nom : _____
4.	Remarques : _____ _____ _____

O. SURVEILLANCE	
1.	Date du premier suivi après traitement (jour/mois/année) : [][]/[][]/[2][0][][]
2.	Statut final : (1. Réponse complète ; 2. Réponse partielle ; 3. Stabilisation ; 4. Progression ; 9. Inconnu) []
3.	Date de la dernière visite de suivi (jour/mois/année) : [][]/[][]/[2][0][][]
4.	État à la dernière visite : (1. Vivante et en rémission ; 2. Vivante avec signes de cancer du sein ; 3. Vivante sans information sur le cancer du sein ; 4. Décédée ; 9. Inconnu) []
5.	Si décédée
5.a	Date de décès : (jour/mois/année) : [][]/[][]/[2][0][][]
5.b	Cause de décès : (1. Progression du cancer ; 2. Toxicité du traitement ; 3. Autres, préciser : _____ ; 9. Inconnu) []
6.	Remarques : _____ _____ _____