



**Formulaire d'accès au traitement par inhibiteur de Checkpoints / mélanome**

**Patient :** Nom : \_\_\_\_\_ IPP : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de la demande initiale : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom du médecin référent : \_\_\_\_\_

Etablissement d'origine : \_\_\_\_\_

Primo-prescription Renouvellement (Si renouvellement : Réponse objective Maladie stable)

Médicament prescrit / posologie :

**Pathologie :**

Mutation BRAFV600 : Oui Non

Si oui :

Echappement et/ou contre-indication aux inhibiteurs BRAFV600 : Oui Non

Stade AJCC :

IIIc

IV  M1a

M1b

M1c

Localisations cérébrales : Oui Non

Symptomatiques : Oui Non

Patient éligible à un essai clinique Oui Non

**Antécédents/Co-morbidités :**

Statut OMS : 0 1 2 3 4

Corticothérapie systémique > 10 mg equ Prednisone : Oui Non

Maladie auto-immune : Oui Non

Immunosuppresseur : Oui Non

Validation RCP, le patient remplit les critères d'éligibilité au traitement : Oui Non

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :



Formulaire d'accès au traitement par inhibiteur de Checkpoint / oncologie thoracique

**Patient :** Nom : \_\_\_\_\_ IPP : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de la demande initiale : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom du médecin référent : \_\_\_\_\_

Etablissement d'origine : \_\_\_\_\_

Primo-prescription      Renouvellement (Si renouvellement :      Réponse objective  
Maladie stable)

Médicament prescrit / posologie :

**Pathologie :**

CBNPC :       Oui     Non        
 Epidermoïde       Non épidermoïde

Stade :  IIIb       IV      TNM : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Localisations cérébrales :       Oui     Non

Symptomatiques :       Oui     Non

Traitements précédents : \_\_\_\_\_

Mutation EGFR :  Oui       Non

Si oui Echappement et/ou contre-indication aux inhibiteurs EGFR :  Oui     Non

Mutation/translocation ALK :  Oui     Non

Si oui Echappement et/ou contre-indication aux inhibiteurs ALK :  Oui     Non

Patient éligible à un essai clinique  Oui     Non

**Antécédents/Co-morbidités :**

Statut OMS :  0     1     2     3     4

Corticothérapie systémique > 10 mg equ Prednisone:       Oui     Non

Pathologie auto-immune :       Oui     Non

Immunosuppresseur :       Oui     Non

Validation RCP, le patient remplit les critères d'éligibilité au traitement :  Oui     Non

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :



**Formulaire d'accès au traitement par inhibiteur de Checkpoint / oncologie digestive**

**Patient :** Nom : \_\_\_\_\_ IPP : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
  
Date de la demande initiale : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
  
Nom du médecin référent : \_\_\_\_\_  
  
Etablissement d'origine : \_\_\_\_\_  
  
 Primo-prescription  Renouvellement  
Si renouvellement :  Réponse objective  Maladie stable  
Médicament prescrit / posologie :

**Pathologie :**  
CCRM :  Oui  Non  
Syndrome de Lynch  Oui  Non  
  
TNM : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Localisations cérébrales :  Oui  Non  
Symptomatiques :  Oui  Non  
  
Traitements antérieurs :  
.  
.  
.  
.  
.  
.  
Maladie en progression :  Oui  Non  
Patient éligible à un essai clinique  Oui  Non

**Antécédents/Co-morbidités :**  
Statut OMS :  0  1  2  3  4  
Corticothérapie systémique > 10 mg eq Prednisone:  Oui  Non  
Maladie auto-immune :  Oui  Non  
Immunosuppresseur :  Oui  Non

Validation RCP, le patient remplit les critères d'éligibilité au traitement :

Oui  Non

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :



### Formulaire d'accès au traitement par inhibiteur de Checkpoint / Hématologie

**Patient :** Nom : \_\_\_\_\_ IPP : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de la demande initiale : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom du médecin référent : \_\_\_\_\_

Etablissement d'origine : \_\_\_\_\_

Primo-prescription     Renouvellement

Si renouvellement :     Réponse objective     Maladie stable

Médicament prescrit / posologie : \_\_\_\_\_

**Pathologie :**

Lymphome de Hodgkin :     Oui     autre : \_\_\_\_\_

Envahissement du SNC :     Oui     Non

Traitements antérieurs :

·

·

·

·

En rechute     Réfractaire

Patient éligible à un essai clinique  Oui     Non

**Antécédents/Co-morbidités :**

Statut OMS :  0     1     2     3     4

Corticothérapie systémique > 10 mg equ prednisone:     Oui     Non

Maladie auto-immune :  Oui     Non

Immunosuppresseur :     Oui     Non

Validation RCP Lymphome, le patient remplit les critères d'éligibilité au traitement :

Oui     Non

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :