**N° dossier INAMI : ………………………………………………**

**Coordonnées du Centre de Radiothérapie qui envoie**

Institut – Clinique : **………………………………………………**

Adresse : **………………………………………………**

CP / Commune : **………………………………………………**

Téléphone : **………………………………………………**

E-mail : **………………………………………………**

Radiothérapeute : **………………………………………………**

**Coordonnées patient**

Prénom : **………………………………………………**

Nom de famille : **………………………………………………**

Sexe : **………………………………………………**

Date de naissance : **………………………………….…………..**

Adresse : **………………………………………………**

CP / Commune : **………………………………………………**

Téléphone : **………………………………………………**

E-mail : **………………………………………………**

Personne de contact : **………………………………………………**

(si autre que le patient)

Numéro INSS du patient : **…………………………………………..**

**Organisme Assureur (Mutuelle) du patient : …………………**

E-mail : **………………………………………………**

**Centre d’Hadronthérapie (traitant)**

Institut : **………………………………………………**

E-mail : **………………………………………………**

Personne de contact : **………………………………………………**

**Informations médicales patient**

1. **Maladie à traiter** (Type / localisation tumeur ….) : **………………………………**

**Date incidence : …………………………….**

**Tumeur primaire ou récidive ? …………………………………………**

**Enfants (< 20 ans) (cf. liste publiée sur le site web INAMI)**

* Chordome de la base du crâne, (para)spinal
* Chondrosarcome de la base du crâne
* Sarcome “adult soft tissue”, (para)spinal
* Sarcome du bassin
* Rhabdomyosarcome
* Ewing's sarcome
* Rétinoblastome
* Gliome de faible grade
* Ependymome
* Craniopharyngiome
* Tumeurs parenchymateuses de l’épiphyse
* Esthésioneuroblastome
* Médulloblastome / tumeurs neuroectodermales primitives (TNEP)
* Tumeurs germinales du système nerveux central
* Ostéosarcome (non résécable non métastasé)
* ATRT (atypical teratoid rhabdoid tumor)
* Tumeurs primaires du système nerveux central nécessitant une irradiation craniospinale, dans un but curatif
* Méningiome

**Adultes (cf. liste publiée sur le site web INAMI)**

* Mélanome oculaire
* Chordome de la base du crâne, paraspinal ou sacral
* Chondrosarcome/sarcome de la base du crâne, paraspinal ou sacral
* Méningiome
* Malformations artério-veineuses (MAV), intracérébral
* Médulloblastome
* “Mélanome malin mucosal“
* “Carcinome adénoïde cystique”
* Carcinome de la glande salivaire
* Tumeurs primaires du système nerveux central nécessitant une irradiation craniospinale, dans un but curatif
* Ostéosarcome (non résécable, non métastasé)

**2.** **Veuillez indiquer l’état de mobilité du patient (« WHO/ECOG specifications ») \*\***

* (0) Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
* (1) Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
* (2) Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
* (3) Capable of only limited self-care, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
* (4) Completely disabled. Cannot carry on any self-care. Totally confined to bed or chair

\*\* *Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982.*

**3. Traitement**

* Protonthérapie
* Thérapie par ions carbone
* Traitement combiné hadron/photons

**4. Date 1ère consultation et date début traitement**

* Consultation : …../…../……….
* Traitement : ……………………
* Nombre prévu de fractions et dose : ……………………….

**5. Documents médicaux obligatoires inclus dans le dossier de demande**

* Rapport MOC (Consultation multidisciplinaire Oncologique), ainsi que le formulaire d’enregistrement, ou rapport multidisciplinaire (affections non oncologiques)
* Rapport anapath si résection/biopsie
* Avis positif du centre d’hadronthérapie
* Consentement éclairé complété et signé par le patient

***6. Autres traitements (relatifs à l’affection pour laquelle on envoie le patient )***

* Jusqu’à présent aucun traitement n’a été entrepris.
* Traitement suivi :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Type de traitement*** | ***Description (Opération, médicaments, irradiation, etc.)*** | Du | Au | En cours |
| *Opération/Intervention* |  |  |  |  |
| *Thérapie médicamenteuse (p.e. chimiothérapie ou autre)* |  |  |  |  |
| *Irradiation (veuillez joindre les protocoles de traitements d’irradiation précédents)* |  |  |  |  |
| *Autres* |  |  |  |  |

**7. Autres diagnostics et antécédents médicaux pertinents (possibles contre-indications?)**

 **………………………………………………………………………………………………**

 **………………………………………………………………………………………………**

 **………………………………………………………………………………………………**

 **………………………………………………………………………………………………**