

# Questionnaires COBLAnCE

## SUIVI de TVNIM à l'inclusion

### Sans récidive ni progression

DOSSIER N° COBLAnCE : |\_|\_| | |\_|\_|\_|

Visite N° : |\_|\_|

---





**IMAGERIE en rapport avec le cancer de la vessie depuis le dernier suivi ou depuis le traitement initial s'il s'agit de la 1ère visite de suivi**

**TDM abdominale**  1= Oui, 2= Non

Date de la TDM abdominale (JJ/MM/AAAA) / /

**Résultat loco-régional**  1 = normal 2 = récidive 3 = doute

**Résultat haut appareil**  1 = normal 2 = Dilatation ou hypotonie unilatérale 3= Dilatation ou hypotonie bilatérale 8= donnée manquante

Résultat haut appareil urothélial  1 = normal 2 = présence de lésion urothéliale

**Adénopathie > 1cm**  1=Non 2= Unilatérale 3= bilatérale 6=doute

Si oui, localisation  1 = iliaque 2=inguinale 6 = latéro-aortique

Présence d'une autre anomalie  1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Si oui, Préciser \_\_\_\_\_  (codage à posteriori)

**IRM**

Une IRM abdomino-pelvienne a-t-elle été réalisée  1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

**Résultat loco-régional**  1 = normal 2 = récidive 3 = doute

**Résultat haut appareil**  1 = normal 2 = Dilatation ou hypotonie unilatérale 3= Dilatation ou hypotonie bilatérale 8= donnée manquante

Résultat haut appareil urothélial  1 = normal 2 = présence de lésion urothéliale

**Adénopathie > 1cm**  1=Non 2= Unilatérale 3= bilatérale 6=doute

Si oui, localisation  1 = iliaque 2=inguinale 6 = latéro-aortique

Présence d'une autre anomalie  1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Si oui, Préciser \_\_\_\_\_  (codage à posteriori)

**AUTRE IMAGERIE DE DIAGNOSTIC**

1= Oui, 2= Non	Type d'examens	Date (JJ/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/>	Echographie réno-vésico-prostatique	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Urographie intraveineuse	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	TEP	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	TDM thorax	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	TDM cérébrale	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Radiographie thorax	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Scintigraphie osseuse	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

_	Autre, préciser .....	_ _ / _ _ / _ _ _ _
_	Autre, préciser .....	_ _ / _ _ / _ _ _ _
_	Autre, préciser .....	_ _ / _ _ / _ _ _ _

**BILAN de l'imagerie (TDM, IRM, autres)**

Stade : T |\_| 1= tumeur sans autre précision, 2= ≥ à T2 sans autre précision, 3 = envahissant la graisse, 4= envahissant les organes du voisinage, 8= donnée manquante

N |\_|  
M |\_| } Utiliser la classification officielle (dossier)

**Recherche de biomarqueurs (récidive)**

Sang |\_| 1= Oui, 2= Non

Si oui, préciser nom du (des) marqueur(s) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_| (codage à posteriori)

Urines |\_| 1= Oui, 2= Non

Si oui, préciser nom du (des) marqueur(s) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_| (codage à posteriori)

Tumeurs |\_| 1= Oui, 2= Non

Si oui, préciser nom du (des) marqueur(s) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_| (codage à posteriori)

**HOSPITALISATIONS (Effets secondaires ou complications des traitements) DEPUIS LE DERNIER SUIVI OU DEPUIS LE TRAITEMENT INITIAL S'IL S'AGIT DE LA 1ERE VISITE DE SUIVI**

**Ne pas remplir ce tableau s'il s'agit d'hospitalisation pour traitement d'une récursive ou d'une progression ( → remplir la fiche récursive ou progression)**

<b>1<sup>er</sup> séjour hospitalier</b> Date de début de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Date de fin de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Hospitalisation dans le centre d'inclusion = <input type="text"/> 1= Oui, 2= Non  Si non, Nom du centre de soins _____  Ville= _____ Code postal <input type="text"/>		
<b>Motif principal du séjour hospitalier</b> <input type="text"/> - <u>Complications locales:</u> 1= rétention 2=hémorragie 3= perforation vésicale - <u>Complication systémique :</u> 4= infection - <u>Complications liées aux instillations</u> 5= Classe I 6= Classe II 7= Classe III 8= Classe IV }    Voir }    Annexe 9  - Autre= 9 Préciser : _____	<b>Groupe homogène de malades (GHM<sup>*</sup>)</b>  <input type="text"/>	<b>Service</b> <input type="text"/> 1= Urologie 2= Réanimation 3= Hôpital de jour 4= Chirurgie 5= Autre préciser _____

\* Cette information est disponible auprès du service d'information médicale de l'établissement

**2<sup>ème</sup> séjour hospitalier**Date de début de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = / / Date de fin de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = / / Hospitalisation dans le centre d'inclusion =  1= Oui, 2= Non

Si non, Nom du centre de soins \_\_\_\_\_

Ville= \_\_\_\_\_ Code postal 

<b>Motif principal du séjour hospitalier</b>	<b>Groupe homogène de malades (GHM*)</b>	<b>Service</b>
<p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> <p>- <u>Complications locales:</u> 1= rétention 2=hémorragie 3= perforation vésicale</p> <p>- <u>Complication systémique :</u> 4= infection</p> <p>- <u>Complications liées aux instillations</u></p> <p>5= Classe I } 6= Classe II } Voir 7= Classe III } Annexe 9 8= Classe IV }</p> <p>- Autre= 9</p> <p>Préciser : _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="text"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> <p>1= Urologie 2= Réanimation 3= Hôpital de jour 4= Chirurgie 5= Autre préciser _____</p>

---

\* Cette information est disponible auprès du service d'information médicale de l'établissement

**3<sup>eme</sup> séjour hospitalier**Date de début de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = / / Date de fin de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = / / Hospitalisation dans le centre d'inclusion =  1= Oui, 2= Non

Si non, Nom du centre de soins \_\_\_\_\_

Ville= \_\_\_\_\_ Code postal 

Motif principal du séjour hospitalier	Groupe homogène de malades (GHM*)	Service
<input type="text"/> - <u>Complications locales:</u> 1= rétention 2=hémorragie 3= perforation vésicale - <u>Complication systémique :</u> 4= infection - <u>Complications liées aux instillations</u> 5= Classe I 6= Classe II 7= Classe III 8= Classe IV } Voir } Annexe 9 - Autre= 9 Préciser : _____	<input type="text"/>	<input type="text"/> 1= Urologie 2= Réanimation 3= Hôpital de jour 4= Chirurgie 5= Autre préciser _____

\* Cette information est disponible auprès du service d'information médicale de l'établissement



**4<sup>eme</sup> séjour hospitalier**

Date de début de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = |\_|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|

Date de fin de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = |\_|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|

Hospitalisation dans le centre d'inclusion = |\_|\_|1= Oui, 2= Non

Si non, Nom du centre de soins \_\_\_\_\_

Ville= \_\_\_\_\_ Code postal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Motif principal du séjour hospitalier	Groupe homogène de malades (GHM*)	Service
<p style="text-align: center;"> _ _ </p> <p>- <u>Complications locales:</u>  1= rétention  2=hémorragie  3= perforation vésicale</p> <p>- <u>Complication systémique :</u>  4= infection</p> <p>- <u>Complications liées aux instillations</u></p> <p>5= Classe I }  6= Classe II } Voir  7= Classe III } Annexe 9  8= Classe IV }</p> <p>- Autre= 9</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p style="text-align: center;"> _ _ </p> <p>1= Urologie  2= Réanimation  3= Hôpital de jour  4= Chirurgie  5= Autre  préciser _____</p>
Préciser : _____		

\* Cette information est disponible auprès du service d'information médicale de l'établissement