

Questionnaires COBLAnCE

SUIVI de TVIM

(dès l'inclusion ou après progression d'une TVNIM)

Sans récurrence-progression

DOSSIER N° COBLAnCE : |__|__| |__|__|__|

Visite de suivi N° |__|__|

IMAGERIE en rapport avec le cancer de la vessie depuis la dernière visite 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 locorégional 1 = normal 2 = récidive 3 = doute 8= donnée manquante

Haut appareil urothélial : 1 = non dilaté 2 = hypotonie unilatérale 3= hypotonie bilatérale 4= dilatation unilatérale 5= dilatation bilatérale

Adénopathie > 1cm 1=Non 2= Unilatérale 3= bilatérale 4=doute

Si oui, localisation : ilio-obturateur 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

iliaque primitif 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

inguinale 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

latéro-aortique 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

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

Si oui, préciser : _____ (codage à posteriori)

IRM 1= Oui, 2= Non

Date de l'IRM (JJ/MM/AAAA) / /

Résultat locorégional 1 = normal 2 = récidive 3 = doute 8= donnée manquante

Haut appareil urothélial : 1 = non dilaté 2 = hypotonie unilatérale 3= hypotonie bilatérale 4= dilatation unilatérale 5= dilatation bilatérale

Adénopathie > 1cm 1=Non 2= Unilatérale 3= bilatérale 4=doute

Si oui, localisation : ilio-obturateur 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

iliaque primitif 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

inguinale 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

latéro-aortique 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

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

Si oui, préciser : _____ (codage à posteriori)

TEP

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

Date de la TEP (JJ/MM/AAAA) / /

Résultat locorégional 1 = normal 2 = récidive 3 = doute 8= donnée manquante

Haut appareil urothélial : 1 = non dilaté 2 = hypotonie unilatérale 3= hypotonie bilatérale 4= dilatation unilatérale 5= dilatation bilatérale

Adénopathie > 1cm 1=Non 2= Unilatérale 3= bilatérale 4=doute

Si oui, localisation : ilio-obturateur 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

iliaque primitif 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

inguinale 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

latéro-aortique 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

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

Si oui, préciser : _____ (codage à posteriori)

AUTRES EXAMENS

1= Oui 2= Non	Type d'examens	Date (JJ/MM/AAAA)	1= Normal 2= lésion tumorale 3= doute
<input type="checkbox"/>	TDM thorax	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	TDM cérébrale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Scintigraphie osseuse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre, préciser _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Stade :

N

M

} Utiliser la classification officielle (dossier clinique)

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)

RE-HOSPITALISATION(S) EN RAPPORT AVEC LE CANCER DE LA VESSIE AU COURS DU TRAITEMENT
Ne pas remplir ce tableau s'il s'agit d'hospitalisation pour traitement d'une récurrence ou d'une progression (→ remplir la fiche récurrence / progression)

Le patient a-t-il été hospitalisé au cours du traitement ? 1= Oui, 2= Non

Si oui, remplir le tableau suivant :

1^{er} 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 <input type="text"/>	Groupe homogène de malades (GHM*)	Service <input type="text"/>
<p>- Complications chirurgicales: 01=Paroi 02=digestive 03= urologique <u>Si urologique préciser :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Haut appareil : 31= montée JJ 32= néphrostomie • Bas appareil : 33= rétention 34= hématurie <p>- Altération de l'état général <input type="text"/> 04= oui, 05=non</p> <p>- Toxicité de chimiothérapie = 06 préciser _____</p> <p>- Complication médicale = 07</p> <p>- Autre = 08 préciser _____</p>	<p><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

2^{ème} 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 _ _ _	Groupe homogène de malades (GHM*)	Service _ _
<p>- Complications chirurgicales: 01=Paroi 02=digestive 03= urologique <u>Si urologique</u> préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haut appareil : 31= montée JJ 32= néphrostomie • Bas appareil : 33= rétention 34= hématurie <p>- Altération de l'état général _ _ _ 04= oui, 05=non</p> <p>- Toxicité de chimiothérapie = 06 préciser _____</p> <p>- Complication médicale = 07</p> <p>- Autre = 08 préciser _____</p>	 _ _ _ _ _ _ _ _	 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

3^{eme} 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 _ _ _	Groupe homogène de malades (GHM*)	Service _ _
<p>- Complications chirurgicales: 01=Paroi 02=digestive 03= urologique <u>Si urologique</u> préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haut appareil : 31= montée JJ 32= néphrostomie • Bas appareil : 33= rétention 34= hématurie <p>- Altération de l'état général _ _ _ 04= oui, 05=non</p> <p>- Toxicité de chimiothérapie = 06 préciser _____</p> <p>- Complication médicale = 07</p> <p>- Autre = 08 préciser _____</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

4^{eme} 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	Groupe homogène de malades (GHM[*])	Service
<p> _ _ </p> <p>- Complications chirurgicales: 01=Paroi 02=digestive 03= urologique Si urologique préciser : • Haut appareil : 31= montée JJ 32= néphrostomie • Bas appareil : 33= rétention 34= hématurie</p> <p>- Altération de l'état général _ _ _ 04= oui, 05=non</p> <p>- Toxicité de chimiothérapie = 06 préciser _____</p> <p>- Complication médicale = 07</p> <p>- Autre = 08 préciser _____</p>	<p> _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p> _ _ </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