

# Questionnaires COBLAnCE

## SUIVI de TVIM

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

### Lors de récurrence-progression

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

Visite de suivi N° : |\_|\_|

---



## COBLANCE TVIM ou tumeur intradiverticulaire - Suivi post-traitement

Fiche répétitive Remplir 1 fiche à chaque visite dans le centre d'inclusion  
Si récidive remplir, en plus, la fiche Récidive placée à la suite

### IDENTIFICATION du patient

Numéro d'identification COBLANCE |||||  
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / ||||  
mois année  
NIP \_\_\_\_\_  
Date d'inclusion (JJ/MM/AAAA) |||||

Date de la précédente visite de suivi (JJ, MM, AAAA) : |||||

Date de la présente visite de suivi (JJ, MM, AAAA) : |||||

Participation à une autre étude clinique  1= Oui, 2= Non

Si oui : Nom de l'essai clinique \_\_\_\_\_

N° EudraCT : ||||||||||||||||||||

### DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Patient décédé  1= Oui, 2= Non

Si oui, date du décès (JJ, MM, AAAA) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Récidive  1= Oui, 2= Non **si oui remplir la fiche récidive en plus de celle-ci**

Autre événement  1= Oui, 2= Non si oui, préciser : \_\_\_\_\_

### EXAMENS de suivi 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

#### Si la vessie a été conservée

Cytologie urinaire  1= Oui, 2= Non

Si oui, préciser le nombre depuis la dernière consultation

Résultat  1= Négative 2=atypique 3=suspect de bas grade 4=positive haut grade 5=non contributive

ECBU  1= Oui, 2= Non

Si oui, préciser le nombre depuis la dernière consultation

Créatininémie  1= Oui, 2= Non Valeur : ||||||μM/l

Fibroscope vésicale  1= Oui, 2= Non

Si oui,

Date de la fibroscopie (JJ, MM, AAAA) |||||

Sous anesthésie générale  1= Oui, 2= Non

Aspect endoscopique  0 = Normal 1= récidive 2=doute

Si récidive, préciser la localisation : \_\_\_\_\_  (codage à posteriori)

<b>IMAGERIE en rapport avec le cancer de la vessie <u>depuis la dernière visite</u> ou depuis le traitement initial s'il s'agit de la 1ère visite de suivi</b>
--

**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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>	<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 :

<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="checkbox"/> 1= Oui, 2= Non  Si non, Nom du centre de soins _____  Ville= _____ Code postal <input type="text"/>		
<p align="center"><b>Motif principal du séjour</b></p> <p align="center"><input type="text"/></p> <p><b>- Complications chirurgicales:</b>            01=Paroi 02=digestive 03= urologique  <u>Si urologique préciser :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haut appareil : 31= montée JJ 32= néphrostomie</li> <li>• Bas appareil : 33= rétention 34= hématurie</li> </ul> <p><b>- Altération de l'état général</b>  <input type="text"/> 04= oui, 05=non</p> <p><b>- Toxicité de chimiothérapie = 06</b>            préciser _____</p> <p><b>- Complication médicale = 07</b></p> <p><b>- Autre = 08</b>            préciser _____</p>	<p align="center"><b>Groupe homogène de malades (GHM<sup>*</sup>)</b></p> <p align="center"><input type="text"/></p>	<p align="center"><b>Service</b></p> <p 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*

**2<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 |\_|\_|\_|\_|\_|

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

**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 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

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



## **Questionnaire concernant la récidive**

---

## COBLANCE Récidive de TVIM ou de tumeur intradiverticulaire

Fiche répétitive = Remplir 1 fiche pour chaque récidive en plus de la fiche de suivi

### IDENTIFICATION du patient

Numéro d'identification COBLANCE

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)  /  /   /   /    
mois année

Date de la récidive (JJ/MM/AAAA) :  /  /   /   /

### Type :

- Récidive locale  1= Oui, 2= Non
  - Vésicale (en cas de conservation de la vessie)  1= Oui, 2= Non
  - Urétrale  1= Oui, 2= Non
  - Haut appareil  1= Oui, 2= Non
  - Pelvienne (sur le lit de la cystectomie)  1= Oui, 2= Non
- Progression métastatique  1= Oui, 2= Non
  - Ganglions pelviens  1= Oui, 2= Non
  - Ganglions iliaques  1= Oui, 2= Non
  - Ganglions latéro-aortiques  1= Oui, 2= Non
  - Foie  1= Oui, 2= Non
  - Poumons  1= Oui, 2= Non
  - Os  1= Oui, 2= Non
  - Autre  1= Oui, 2= Non
    - Si autre site, préciser \_\_\_\_\_
- Autre événement  1= Oui, 2= Non
  - Préciser événement \_\_\_\_\_

**Y a-t'il eu un prélèvement histologique attestant de la récidive ?**  1= Oui, 2= Non

Si oui, date du prélèvement (JJ/MM/AAAA)  /  /   /   /

Type de prélèvement :  1= cytologie, 2= biopsie, 3= exérèse

Site de prélèvement : \_\_\_\_\_

### TRAITEMENTS MEDICAUX

**CHIMIOThERAPIE**  1= Oui, 2= Non

- Préciser la ligne :

- Date début (JJ, MM, AAAA) |\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|\_|\_|

- Date fin (JJ, MM, AAAA) |\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|\_|\_|

Nombre de cycles |\_\_|\_|

**Protocole**

- GC Gemcitabine, cisplatine |\_\_| 1= Oui, 2= Non
- M-VAC (méthotrexate, vinblastine, adriamycine, et cisplatine) Haute dose |\_\_| 1= Oui, 2= Non
- M-VAC (méthotrexate, vinblastine, adriamycine, et cisplatine) |\_\_| 1= Oui, 2= Non
- Autre protocole |\_\_| 1= Oui, 2= Non

Si autre protocole de chimiothérapie, préciser les molécules, les doses et le nombre de cycles

Nom de la molécule en DCI*	Dose	Nombre de cycles
	__ _ _ _ / unité _____	__ _
	__ _ _ _ /unité _____	__ _
	__ _ _ _ /unité _____	__ _
	__ _ _ _ /unité _____	__ _
	__ _ _ _ /unité _____	__ _
	__ _ _ _ /unité _____	__ _

\*DCI = Dénomination commune internationale

Tolérance |\_\_| 0= Pas d'effet secondaire 1= Grade 1 2= Grade 2 3= Grade 3 4= Grade 4

Préciser les effets secondaires : \_\_\_\_\_

Schéma traitement |\_\_| 0= A reçu schéma prévu 1= diminution doses 2= Arrêt traitement prématurément  
8= donnée manquante

**THERAPIES CIBLEES** |\_\_| 1= Oui, 2= Non

- Date début (JJ, MM, AAAA) |\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|\_|\_|

- Date fin (JJ, MM, AAAA) |\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|\_|\_|

Nom de la molécule en DCI*	Dose	Forme
	__ _ _ _ / unité _____	__  1= IV 2= Orale
	__ _ _ _ /unité _____	__  1= IV 2= Orale
	__ _ _ _ /unité _____	__  1= IV 2= Orale
	__ _ _ _ /unité _____	__  1= IV 2= Orale

	_____/unité _____	<input type="checkbox"/> 1= IV 2= Orale
	_____/unité _____	<input type="checkbox"/> 1= IV 2= Orale

Tolérance  0= Pas d'effet secondaire 1= Grade 1 2= Grade 2 3= Grade 3 4= Grade 4

Schéma traitement  0= A reçu schéma prévu 1= diminution doses 2= Arrêt traitement prématurément  
8= donnée manquante

**RADIOTHERAPIE**  1= Oui 2= Non

- Date début (JJ, MM, AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Date fin (JJ, MM, AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de séances d'irradiation \_\_\_\_

Dose reçue \_\_\_\_ Grays

Champs d'irradiation  1= Pelvis 2= Os 3= Autre, préciser \_\_\_\_\_

Tolérance  0=pas d'effet secondaire 1= Grade1 2= Grade 2 3= Grade 3 4= Grade 4

Préciser les effets secondaires : \_\_\_\_\_

**CHIRURGIE**  1= Oui 2= Non

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 \_\_\_\_

Type d'exérèse  1=Urétérectomie 2=Néphro-urétérectomie 3= Autre

Si autre, préciser \_\_\_\_\_

Dérivation urinaire :

- Pose d'une sonde vésicale  1= Oui, 2= Non  
si oui, préciser la date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Mise en place de JJ  1= Oui, 2= Non  
si oui, préciser la date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Néphrostomie  1= Oui, 2= Non  
si oui, préciser la date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Transformation de la dérivation  1= Oui, 2= Non  
si oui, préciser la date / /

Autre intervention  1= Oui, 2= Non  
si oui, préciser \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT FOCAL**  1= Oui, 2= Non

Type de traitement

Radiofréquence  1= Oui, 2= Non

Cryothérapie  1= Oui, 2= Non

Autre, préciser : \_\_\_\_\_

## HOSPITALISATIONS POUR TRAITEMENT D'UNE RECIDIVE (HORS CHIMIOTHERAPIE ET RADIOTHERAPIE)

<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="checkbox"/> 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"/> - <b>Chirurgie</b> 01= Oui, 02= Non Si oui, type : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exérèse de la récidence :                          31= uretrectomie                          32= récidence pelvienne                          33= ureterectomie                          34= nephro-ureterectomie</li> <li>• Exérèse de la métastase                          41=poumon                          42= foie                          43= Autre</li> <li>• Dérivation :                          51= résection endoscopique                          52= JJ                          53= néphrostomie</li> </ul> - <b>Traitement physique</b> <input type="checkbox"/> 03=Oui, 04= Non - <b>Soins Palliatifs</b> <input type="checkbox"/> 05= Oui, 06= Non - <b>Autre</b> <input type="checkbox"/> 07= Oui, 08= Non Si autre, préciser _____ _____	<b>Groupe homogène de malades* (GHM)</b>           <input type="text"/>	<b>Service</b> <input type="text"/>  Médecine =1 Réanimation=2 Hôpital de jour=3 Chirurgie=4 Autre=5 Si autre, préciser _____

### Après hospitalisation

Retour à domicile  1= Oui, 2= Non

En convalescence  1= Oui, 2= Non

Soins palliatifs  1= Oui, 2= Non

\* 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 **Motif principal du séjour hospitalier****- Chirurgie** 01= Oui, 02= NonSi oui, type :

- Exérèse de la récursive :
  - 31= uretrectomie
  - 32= récursive pelvienne
  - 33= uretrectomie
  - 34= nephro-uretrectomie

- Exérèse de la métastase
  - 41=poumon
  - 42= foie
  - 43= Autre

- Dérivation :
  - 51= résection endoscopique
  - 52= JJ
  - 53= néphrostomie

**- Traitement physique**  03=Oui, 04= Non**- Soins Palliatifs**  05= Oui, 06= Non**- Autre**  07= Oui, 08= NonSi autre, préciser  
\_\_\_\_\_**Groupe homogène de malades \* (GHM)****Service**

Médecine =1

Réanimation=2

Hôpital de jour=3

Chirurgie=4

Autre=5

Si autre, préciser \_\_\_\_\_

**Après hospitalisation**Retour à domicile  1= Oui, 2= NonEn convalescence  1= Oui, 2= NonSoins palliatifs  1= Oui, 2= Non

\* 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****- Chirurgie** 01= Oui, 02= Non

Si oui, type :

- Exérèse de la récidence :
  - 31= uretrectomie
  - 32= récidence pelvienne
  - 33= ureterectomie
  - 34= nephro-ureterectomie

- Exérèse de la métastase
  - 41=poumon
  - 42= foie
  - 43= Autre

- Dérivation :
  - 51= résection endoscopique
  - 52= JJ
  - 53= néphrostomie

**- Traitement physique**  03=Oui, 04= Non**- Soins Palliatifs**  05= Oui, 06= Non**- Autre**  07= Oui, 08= Non

Si autre, préciser \_\_\_\_\_

Médecine =1

Réanimation=2

Hôpital de jour=3

Chirurgie=4

Autre=5

Si autre, préciser \_\_\_\_\_

**Après hospitalisation**Retour à domicile  1= Oui, 2= NonEn convalescence  1= Oui, 2= NonSoins palliatifs  1= Oui, 2= Non

\* 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**

|\_|\_|\_|

**- Chirurgie** 01= Oui, 02= Non

Si oui, type :

- Exérèse de la récidence :
  - 31= uretrectomie
  - 32= récidence pelvienne
  - 33= ureterectomie
  - 34= nephro-ureterectomie
- Exérèse de la métastase
  - 41=poumon
  - 42= foie
  - 43= Autre
- Déviation :
  - 51= résection endoscopique
  - 52= JJ
  - 53= néphrostomie

**- Traitement physique** |\_|\_| 03=Oui, 04= Non**- Soins Palliatifs** |\_|\_| 05= Oui, 06= Non**- Autre** |\_|\_| 07= Oui, 08= NonSi autre, préciser  
\_\_\_\_\_**Groupe homogène de malades \* (GHM)**

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Service**

|\_|\_|

Médecine =1

Réanimation=2

Hôpital de jour=3

Chirurgie=4

Autre=5

Si autre, préciser \_\_\_\_\_

**Après hospitalisation**

Retour à domicile |\_|\_| 1= Oui, 2= Non

En convalescence |\_|\_| 1= Oui, 2= Non

Soins palliatifs |\_|\_| 1= Oui, 2= Non

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