

Questionnaires COBLAnCE

SUIVI de TVIM après une récurrence

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

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

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 : $\mu\text{M/l}$

Fibroscopie 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= récursive 2=doute

Si récursive, préciser la localisation : _____

(codage à posteriori)

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 = récursive 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 = récursive 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 :

<p>1^{er} séjour hospitalier</p> <p>Date de début de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/></p> <p>Date de fin de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = <input type="text"/>/ <input type="text"/>/ <input type="text"/></p> <p>Hospitalisation dans le centre d'inclusion = <input type="checkbox"/> 1= Oui, 2= Non</p> <p>Si non, Nom du centre de soins _____</p> <p>Ville= _____ Code postal <input type="text"/></p>		
<p align="center">Motif principal du séjour</p> <p align="center"><input type="text"/></p> <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 align="center">Groupe homogène de malades (GHM*)</p> <p align="center"><input type="text"/></p>	<p align="center">Service</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^{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 style="text-align: center;"> _ _ </p> <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 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>

* 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</p> <p>2= Réanimation</p> <p>3= Hôpital de jour</p> <p>4= Chirurgie</p> <p>5= Autre</p> <p>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 data-bbox="371 728 470 757"> _ _ _ </p> <p data-bbox="165 779 692 808">- Complications chirurgicales:</p> <p data-bbox="165 813 692 842">01=Paroi 02=digestive 03= urologique</p> <p data-bbox="204 846 454 875"><u>Si urologique</u> préciser :</p> <ul data-bbox="225 880 624 1010" style="list-style-type: none"><li data-bbox="225 880 624 943">• Haut appareil : 31= montée JJ 32= néphrostomie<li data-bbox="225 947 624 1010">• Bas appareil : 33= rétention 34= hématurie <p data-bbox="165 1025 582 1055">- Altération de l'état général</p> <p data-bbox="264 1059 582 1088"> _ _ _ 04= oui, 05=non</p> <p data-bbox="165 1115 582 1144">- Toxicité de chimiothérapie = 06</p> <p data-bbox="150 1171 639 1200">préciser _____</p> <p data-bbox="165 1234 539 1263">- Complication médicale = 07</p> <p data-bbox="165 1290 320 1319">- Autre = 08</p> <p data-bbox="150 1346 639 1375">préciser _____</p>	_ _ _ _ _ _ _ _	<p data-bbox="1246 728 1297 757"> _ _ </p> <p data-bbox="1070 779 1198 808">1= Urologie</p> <p data-bbox="1070 824 1246 853">2= Réanimation</p> <p data-bbox="1070 869 1270 898">3= Hôpital de jour</p> <p data-bbox="1070 913 1206 943">4= Chirurgie</p> <p data-bbox="1070 958 1166 987">5= Autre</p> <p data-bbox="1070 1014 1465 1043">préciser _____</p>

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