



DT9364

MALADIE TROPHOBLASTIQUE
Version 3.1.0.0

Date de naissance	N° chambre	N° de dossier
Nom		
Prénom		
N° d'assurance maladie		
Adresse		
Code postal	Ind. rég.	Téléphone
		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

N° de rapport	
---------------	--

Type d'intervention : Dilatation et curetage, résection

Les éléments de données précédés de ce symbole « + » ne sont pas obligatoires. Toutefois, ils peuvent être cliniquement importants quoique non encore validés ou utilisés régulièrement dans la prise en charge des usagers.

Sélectionner un seul élément, sauf indication contraire.

Spécimen (sélectionner tous les éléments applicables) (note A)
<input type="checkbox"/> Utérus <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisé
Procédure
<input type="checkbox"/> Dilatation et curetage <input type="checkbox"/> Hystérectomie <input type="checkbox"/> Hystérectomie radicale <input type="checkbox"/> Exentération pelvienne <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisée
Site tumoral
Préciser si connu : _____ <input type="checkbox"/> Non précisé
Taille de la tumeur
Plus grande dimension : _____ cm + Autres dimensions : _____ x _____ cm <input type="checkbox"/> Ne peut être déterminée (expliquer) : _____
Type histologique (notes B et C)
<input type="checkbox"/> Môle hydatiforme, complète <input type="checkbox"/> Môle hydatiforme, partielle <input type="checkbox"/> Môle hydatiforme, envahissante <input type="checkbox"/> Choriocarcinome <input type="checkbox"/> Tumeur trophoblastique du site d'implantation <input type="checkbox"/> Tumeur trophoblastique épithélioïde <input type="checkbox"/> Autre (préciser le type) : _____ <input type="checkbox"/> Tumeur trophoblastique maligne dont le type ne peut être déterminé

N° de rapport

N° de dossier

Extension tumorale microscopique (sélectionner tous les éléments applicables)

- Non applicable
- Tumeur limitée à l'utérus
- Extension tumorale extra-utérine mais limitée aux structures génitales :
 - Extension tumorale aux trompes de Fallope
 - Extension tumorale à l'ovaire
 - Extension tumorale aux ligaments larges
 - Extension tumorale au vagin
 - Extension tumorale au col utérin
- Extension tumorale à d'autres organes ou structures non génitaux (préciser) :

Préciser les organes avec métastases distinctes : _____

Marges

- Ne peuvent être évaluées
- Marges de résection exemptes de néoplasie maligne :

Distance entre la tumeur et la marge la plus proche : _____ mm

Préciser la marge : _____

- Atteinte(s) par la tumeur maligne :

Préciser la/les marge(s) : _____

Envahissement lymphovasculaire

- Non décelé
- Présent
- Ne peut être déterminé

Tissu fœtal (macroscopique ou microscopique)

- Indéterminé
- Non décelé
- Présent

+ Préciser le type : _____

Anomalies fœtales

- Non applicable
- Ne peuvent être déterminées
- Non décelées
- Présentes

+ Préciser le type : _____

Stade pathologique (pTNM) (note D)

Descripteurs TNM (seulement si applicables) (sélectionner tous les éléments applicables)

- m (tumeurs primaires multiples)
- r (récidive)
- y (post-traitement)

Tumeur primaire (pT)

- pTX : Tumeur primaire ne peut être évaluée
- pT0 : Aucune évidence de tumeur primaire
- pT1 : Tumeur confinée à l'utérus
- pT2 : Extension tumorale à d'autres structures génitales (ovaires, trompes de Fallope, vagin, ligaments larges) par métastase ou extension directe

Suite de la section à la page suivante

N° de rapport

N° de dossier

Stade pathologique (pTNM) (note D) – suite**Métastase(s) à distance (pM) (requis uniquement en cas de confirmation histologique)** pM1a : Métastase(s) pulmonaire(s) pM1b : Autre(s) site(s) de métastase(s) à distance

Préciser les sites de métastases (sélectionner tous les éléments applicables)

 Poumons Rate Reins Tractus gastrointestinal Foie Cerveau Autre (préciser) : _____

Précisez le nombre de métastases, si elle(s) est(sont) connue(s) :

 1-4 5-8 > 8 Tractus gastrointestinal**+ Stade FIGO**+ I : Maladie confinée à l'utérus+ II : Tumeur trophoblastique gestationnelle étendue à l'extérieur de l'utérus, mais limitée aux structures génitales (annexes, vagin, ligament large)+ III : Tumeur trophoblastique gestationnelle étendue aux poumons, avec ou sans atteinte connue du tractus génital+ IV: Tous les autres sites métastatiques**+ Autres constatations pathologiques (sélectionner tous les éléments applicables)**+ Aucune+ Site d'implantation+ Autre (préciser) : _____**+ Études complémentaires**

+ Préciser : _____

+ Histoire clinique

+ Préciser : _____

+ Commentaire(s) :Signature du
pathologiste

N° de permis

Date

Année

Mois

Jour