



DT9354

VÉSICULE BILIAIRE
Version 3.1.0.2

| | | |
|------------------------|------------|---|
| 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 : Résection/cholécystectomie |
|--|

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) |
| <input type="checkbox"/> Vésicule biliaire <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Voie biliaire extra-hépatique <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisé |
| Procédure (note A) |
| <input type="checkbox"/> Cholécystectomie simple (par laparoscopie ou ouverte) <input type="checkbox"/> Cholécystectomie radicale (avec résection hépatique et lymphadénectomie) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisée |
| Site de la tumeur (sélectionner tous les éléments applicables) |
| <input type="checkbox"/> Fundus <input type="checkbox"/> Corps <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Canal cystique <input type="checkbox"/> Côté péritonéal libre de la vésicule biliaire <input type="checkbox"/> Côté hépatique de la vésicule biliaire <input type="checkbox"/> Ne peut être déterminé <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisé |
| Taille de la tumeur |
| Dimension la plus grande : _____ cm + Dimensions additionnelle : _____ x _____ cm <input type="checkbox"/> Ne peut être déterminée (voir « Commentaire(s) ») |

N° de rapport

N° de dossier

Type histologique (note B)

- Adénocarcinome
- Adénocarcinome papillaire
- Adénocarcinome, type intestinal
- Adénocarcinome mucineux
- Carcinome à cellules en bague
- Carcinome à cellules claires
- Carcinome épidermoïde
- Carcinome adénoquameux
- Carcinome neuroendocrine de haut grade
 - Carcinome neuroendocrine à grandes cellules
 - Carcinome neuroendocrine à petites cellules
- Carcinome indifférencié
- Autre (préciser) : _____
- Carcinome sans autre précision

Grade histologique (note C)

- Ne s'applique pas
- GX : Ne peut être déterminé
- G1 : Bien différencié
- G2 : Modérément différencié
- G3 : Peu différencié
- G4 : Indifférencié
- Autre (préciser) : _____

Extension tumorale microscopique

- La tumeur envahit le chorion muqueux
- La tumeur envahit la couche musculaire
- La tumeur envahit le tissu conjonctif péri-musculaire; pas d'extension au-delà de la séreuse ou dans le foie
- La tumeur infiltre la séreuse (péritoine viscéral)
- La tumeur envahit directement le foie
- La tumeur envahit directement les voies biliaires extra-hépatiques
- La tumeur envahit directement d'autres organes ou structures adjacents, comme l'estomac, le duodénum, le côlon, le pancréas ou l'épiploon (préciser) : _____

Marges (sélectionner tous les éléments applicables) (note D)

- Ne peuvent être déterminées
- Marges exemptes de carcinome infiltrant
 - Distance entre le carcinome infiltrant et la marge la plus proche : ____ mm ou ____ cm
 - Préciser la marge : _____
- Marges atteintes par le carcinome infiltrant
 - Préciser la(es) marge(s) : _____
- Marge du canal cystique exempte de carcinome intra-muqueux/dysplasie de haut grade
- Carcinome intra-muqueux/dysplasie de haut grade à la marge du canal cystique

+ Envahissement lymphovasculaire (note E)

- + Non décelé
- + Présent
- + Indéterminé

N° de rapport

N° de dossier

+ Envahissement périneural (note F)

- + Non décelé
+ Présent
+ Indéterminé

Stade pathologique (pTNM) (note G)

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

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

Tumeur primaire (pT)

- pTX : Ne peut être évaluée
 pT0 : Aucune tumeur primaire décelée
 pTis : Carcinome in situ
pT1 : La tumeur envahit le chorion muqueux ou la couche musculaire
 pT1a : La tumeur envahit le chorion muqueux
 pT1b : La tumeur envahit la couche musculaire
 pT2 : La tumeur envahit le tissu conjonctif péri-musculaire; pas d'extension au-delà de la séreuse ou dans le foie
 pT3 : La tumeur infiltre la séreuse (péritoine viscéral) et/ou envahit directement le foie et/ou un des organes ou structures adjacents, comme l'estomac, le duodénum, le côlon, le pancréas, l'épiploon ou les voies biliaires extra-hépatiques
 pT4 : La tumeur envahit la veine porte principale ou l'artère hépatique, ou envahit 2 organes ou structures extra-hépatiques ou plus

Ganglions lymphatiques régionaux (pN)

- pNX : Ne peuvent être déterminés
 pN0 : Ganglions lymphatiques régionaux exempts de métastase
 pN1 : Métastases aux ganglions lymphatiques longeant le canal cystique, le cholédoque, l'artère hépatique, et/ou la veine porte
 pN2 : Métastases aux ganglions lymphatiques péri-aortiques, péri-caves, de l'artère mésentérique supérieure, et/ou de l'artère coeliaque
 Pas de ganglions soumis ou retrouvés

Nombre de ganglions lymphatiques examinés

Préciser : _____

Le nombre ne peut être déterminé (expliquer) : _____

Nombre de ganglions lymphatiques atteints

Préciser : _____

Le nombre ne peut être déterminé (expliquer) : _____

Métastase(s) à distance (pM)

- Ne s'applique pas
 pM1 : Présence de métastase à distance
+ Préciser le(s) site(s), si connu(s) : _____

| | |
|----------------------|--|
| N° de rapport | |
|----------------------|--|

| | |
|----------------------|--|
| N° de dossier | |
|----------------------|--|

+ Autres constatations pathologiques (sélectionner tous les éléments applicables) (note H)

- + Aucune
- + Dysplasie/adénome
- + Cholélithiase
- + Cholécystite chronique
- + Cholécystite aiguë
- + Métaplasie intestinale
- + Calcification diffuse (vésicule de porcelaine)
- + Autre (préciser) : _____

+ Études complémentaires

- + Préciser : _____
- + Aucune effectuée

+ Histoire clinique (sélectionner tous les éléments applicables) (note I)

- + Cholélithiase
- + Cholangite sclérosante primaire
- + Autre (préciser) : _____

+ Commentaire(s) :

| |
|--|
| |
|--|

| | | | | | | |
|----------------------------------|--|--------------|-------------|-------|------|------|
| Signature du pathologiste | | N° de permis | Date | Année | Mois | Jour |
| | | | | | | |