



DT9401

CŒUR
Version 3.0.0.0

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 : 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.

Prélèvement
<input type="checkbox"/> Oreillette <input type="checkbox"/> Ventricule <input type="checkbox"/> Septum interventriculaire <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisé
Type de prélèvement
<input type="checkbox"/> Résection <input type="checkbox"/> Biopsie excisionnelle <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisé
Intégrité du spécimen
<input type="checkbox"/> Intact <input type="checkbox"/> Endommagé <input type="checkbox"/> Indéterminée
Latéralité
<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisée
Site de la tumeur (sélectionner tous les éléments applicables)
<input type="checkbox"/> Péricarde <input type="checkbox"/> Ventricule droit <input type="checkbox"/> Ventricule gauche <input type="checkbox"/> Oreillette droite <input type="checkbox"/> Oreillette gauche <input type="checkbox"/> Septum interventriculaire <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisé

N° de rapport

N° de dossier

Taille de la tumeur (note A)

Non applicable

Plus grand diamètre : _____ cm

+ Autre dimension : _____ x _____ cm

Impossible à déterminer (voir « Commentaire(s) »)

Type histologique (note B)

Angiosarcome

Hémangioendothéliome épithélioïde

Histiocytome fibreux malin pléomorphe/sarcome pléomorphe indifférencié

Fibrosarcome

Fibrosarcome myxoïde

Rhabdomyosarcome

Léiomyosarcome

Ostéosarcome

Sarcome synovial

Liposarcome

Autre (préciser) : _____

Grade histologique (note C)

Non applicable

Impossible à établir

Grade 1

Grade 2

Grade 3

Autre (préciser) : _____

Extension de la tumeur (sélectionner tous les éléments applicables)

Ne peut être déterminée

Tissus adjacents exempts de tumeur

Atteinte du (des) tissu(s) adjacent(s), préciser : _____

Atteinte d'autres organes, préciser : _____

Marges

Non applicable

Ne peuvent être évaluées

Exemptes de tumeur

Atteinte(s) par la tumeur

Préciser le site, si connu : _____

Effet d'un traitement

Non applicable

Ne peut être déterminé

Non décelé

Présent (préciser : _____ % de la tumeur viable résiduelle)

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

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

Envahissement lymphovasculaire
<input type="checkbox"/> Présent
<input type="checkbox"/> Non décelé
<input type="checkbox"/> Indéterminé
+ Autres constatations pathologiques (sélectionner tous les éléments applicables)
+ <input type="checkbox"/> Aucune
+ <input type="checkbox"/> Inflammation
+ <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
+ Commentaire(s) :

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