



DT9400

CERVEAU ET MOELLE ÉPINIÈRE
Version 3.1.0.1

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 : Biopsie/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.

Site de la tumeur (sélectionner tous les éléments applicables) (note A)
<input type="checkbox"/> Crâne + Préciser l'emplacement exact, si connu : _____
<input type="checkbox"/> Dure-mère + Préciser l'emplacement exact, si connu : _____
<input type="checkbox"/> Leptoméninges + Préciser l'emplacement exact, si connu : _____
<input type="checkbox"/> Cerveau + <input type="checkbox"/> Lobes cérébraux (préciser l'emplacement exact si connu : _____) + <input type="checkbox"/> Noyaux gris centraux + <input type="checkbox"/> Thalamus + <input type="checkbox"/> Hypothalamus + <input type="checkbox"/> Pinéale (épiphyse) + <input type="checkbox"/> Cervelet + <input type="checkbox"/> Angle ponto-cérébelleux + <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
<input type="checkbox"/> Sellaire/suprasellaire/hypophyse
<input type="checkbox"/> Nerfs crâniens + Préciser I-XII, si connu : _____
<input type="checkbox"/> Ventricule + Préciser l'emplacement exact, si connu : _____
<input type="checkbox"/> Tronc cérébral + Préciser l'emplacement exact, si connu : _____
<input type="checkbox"/> Rachis (colonne vertébrale) + Préciser l'emplacement exact, si connu : _____
<input type="checkbox"/> Moelle épinière + Préciser l'emplacement exact, si connu : _____
<input type="checkbox"/> Racine(s) nerveuse(s) spinale(s) + Préciser l'emplacement exact, si connu : _____
<input type="checkbox"/> Nerfs périphériques + Préciser l'emplacement exact, si connu : _____
<input type="checkbox"/> Ganglion + Préciser l'emplacement exact, si connu : _____
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
<input type="checkbox"/> Non précisé

N° de rapport

N° de dossier

Latéralité (note A)

- Droite
- Gauche
- Ligne médiane
- Bilatérale
- Non précisée
- Non applicable

Type de prélèvement (note B)

- Biopsie ouverte
- Résection
- Biopsie stéréotaxique
- Autre (préciser) : _____
- Non précisé

Type histologique (classification des tumeurs du système nerveux central de l'OMS) (note C)

- Préciser : _____
- Ne peut être déterminée

Grade histologique (grade histologique de l'OMS) (note D)

- Préciser : _____
- Non applicable
 - Ne peut être déterminé

+ Taille du prélèvement, description macroscopique (note E)

- + Dimension la plus grande : _____ cm
- + Dimensions supplémentaires : _____ x _____ cm (pour le tissu morcelé, une taille des fragments en amas peut être donnée)
- + Ne peut être déterminée (voir « Commentaire(s) »)

+ Manipulation du prélèvement (sélectionner tous les éléments applicables) (note F)

- + « Squash »/frottis/empreinte cellulaire
- + Section congelée
- + Tissu pour la microscopie électronique
- + Tissu congelé
- + Tissu fixé dans le formol pour des sections permanentes de paraffine
- + Autre (préciser) : _____
- + Non précisée

+ Marges (seulement pour la tumeur maligne de la gaine des nerfs périphériques) (note G)

- + Non applicable
- + Ne peuvent être évaluées
- + Marges exemptes de tumeur
 - + Distance entre la tumeur et la marge la plus proche : _____ cm
 - + Préciser, si possible : _____
- + Marges atteintes par la tumeur
 - + Préciser, si possible : _____

N° de rapport

N° de dossier

+ Études complémentaires si applicable (sélectionner tous les éléments applicables) (note H)

Note : Pour les résultats des tests des biomarqueurs des gliomes et des tumeurs embryonnaires, le modèle du protocole CAP pour les biomarqueurs du système nerveux central devrait être utilisé. Les études de biomarqueurs en attente devraient être énumérées dans la section « Commentaire(s) » de ce rapport.

+ Bloc désigné pour les études futures : _____

+ Colorations spéciales

+ Préciser : _____

+ Aucune effectuée

+ Immunohistochimie

+ Préciser : _____

+ Aucune effectuée

+ Microscopie électronique :

+ Préciser : _____

+ Aucune effectuée

+ Étude génétique moléculaire

+ Préciser : _____

+ Aucune effectuée

+ Autre (préciser) : _____

+ Autres constatations pathologiques

+ Préciser : _____

+ Histoire antérieure de tumeur/syndrome familial (note I)

+ Aucune connue

+ Connu(e) (préciser : _____)

+ Non précisée

+ Résultats de neuro-imagerie (note J)

+ Préciser : _____

+ Non disponibles

+ Nombre de foyers tumoraux (notes A et J)

+ Tumeur multifocale

+ Tumeur unifocale

+ Ne peut être déterminé

+ Traitement pré-résection (sélectionner tous les éléments applicables) (note K)

+ Aucune thérapie

+ Chimiothérapie

+ Radiothérapie

+ Corticostéroïde

+ Embolisation

+ Thérapie effectuée, type non précisé

+ Inconnu

+ Effet du traitement (note K)

+ Non décelé

+ Présent

+ Préciser le pourcentage de la tumeur qui est nécrotique : _____ %

+ Ne peut être déterminé

N° de rapport	
---------------	--

N° de dossier	
---------------	--

+ Commentaire(s) :

Signature du pathologiste		N° de permis	Date	Année	Mois	Jour