



DT9356

REIN
Version 3.2.0.0

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 :	<input type="checkbox"/> Biopsie page 1	<input type="checkbox"/> Néphrectomie partielle ou radicale page 3
-----------------------	--	---

Remarque : L'utilisation de ce modèle est facultative pour la biopsie.

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.

REIN : Biopsie
+ Procédure
<input type="checkbox"/> Biopsie incisionnelle à l'aiguille <input type="checkbox"/> Biopsie incisionnelle; résection cunéiforme <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisé
+ Latéralité
<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Non précisé
+ Type histologique (note A)
<input type="checkbox"/> Carcinome rénal à cellules claires <input type="checkbox"/> Carcinome rénal multiloculaire kystique à cellules claires <input type="checkbox"/> Carcinome papillaire du rein <input type="checkbox"/> Carcinome rénal à cellules chromophobes <input type="checkbox"/> Carcinome des tubes collecteurs de Bellini <input type="checkbox"/> Carcinome rénal médullaire <input type="checkbox"/> Carcinome rénal avec une translocation (Xp11 ou autres) <input type="checkbox"/> Carcinome rénal associé au neuroblastome <input type="checkbox"/> Carcinome tubulaire et mucineux à cellules fusiformes <input type="checkbox"/> Carcinome rénal tubulokystique <input type="checkbox"/> Carcinome rénal, inclassable <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
+ Éléments sarcomatoïdes (note B)
<input type="checkbox"/> Non décelée <input type="checkbox"/> Présente : + Préciser le pourcentage d'éléments sarcomatoïdes : _____%

N° de rapport

N° de dossier

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.

REIN : Néphrectomie partielle ou radicale
Procédure (note D)
<input type="checkbox"/> Néphrectomie partielle <input type="checkbox"/> Néphrectomie radicale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisé
Latéralité
<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Non précisé
+ Localisation tumorale (sélectionner tous les éléments applicables)
<input type="checkbox"/> Pôle supérieur <input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Pôle inférieur <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisée
Taille de la tumeur (indiquer uniquement les dimensions de la plus grande tumeur si tumeurs multiples)
Plus grande dimension : ____cm + Autres dimensions : ____ x ____cm <input type="checkbox"/> Ne peut être déterminée (voir « Commentaire(s) »)
Nombre de foyers tumoraux :
<input type="checkbox"/> Unique <input type="checkbox"/> Multiples
Étendue macroscopique de la tumeur (sélectionner tous les éléments applicables) (note E)
<input type="checkbox"/> Tumeur primaire ne peut être évaluée <input type="checkbox"/> Aucune tumeur primaire décelée <input type="checkbox"/> Tumeur limitée au rein <input type="checkbox"/> Extension tumorale aux tissus périrénaux <input type="checkbox"/> Extension tumorale dans le sinus rénal <input type="checkbox"/> Extension tumorale au-delà du fascia de Gerota <input type="checkbox"/> Extension tumorale dans une veine majeure (veine rénale ou une de ses branches segmentaires (musculaires) et veine cave inférieure) <input type="checkbox"/> Extension tumorale dans le système pelvicaliciel + <input type="checkbox"/> Calice majeur + <input type="checkbox"/> Calice mineur <input type="checkbox"/> Extension tumorale à la glande surrénale : <input type="checkbox"/> Envahissement direct (T4) <input type="checkbox"/> Non contiguë (M1) <input type="checkbox"/> Extension tumorale à une autre structure ou organe préciser :

N° de rapport

N° de dossier

Type histologique (note A)

- Carcinome rénal à cellules claires
- Carcinome rénal multiloculaire kystique à cellules claires
- Carcinome papillaire du rein
- Carcinome rénal à cellules chromophobes
- Carcinome des tubes collecteurs de Bellini
- Carcinome rénal médullaire
- Carcinome rénal avec translocation (Xp11 ou autres)
- Carcinome rénal associé au neuroblastome
- Carcinome tubulaire et mucineux à cellules fusiformes
- Carcinome rénal tubulokystique
- Carcinome rénal, inclassable
- Autre (préciser) : _____

Éléments sarcomatoïdes (note B)

- Non décelés
- Présents :
Préciser le pourcentage d'éléments sarcomatoïdes : _____%

+ Nécrose tumorale (peu importe la quantité)

- + Non décelée
- + Présente

Grade histologique (grade nucléaire de Fuhrman) (note C)

- Non applicable
- GX : Ne peut être évalué
- G1 : Noyaux ronds et uniformes, approximativement 10 microns; nucléoles discrets ou absents
- G2 : Noyaux légèrement irréguliers mesurant approximativement 15 microns; nucléoles évidents
- G3 : Noyaux très irréguliers, approximativement 20 microns ou plus ; gros nucléoles proéminents
- G4 : Noyaux bizarres et multilobés mesurant plus de 20 microns; nucléoles proéminents, chromatine irrégulière
- Autre (préciser) : _____

Étendue microscopique de la tumeur (sélectionner tous les éléments applicables)

- Tumeur primaire ne peut être évaluée
- Aucune tumeur primaire décelée
- Tumeur limitée au rein
- Extension tumorale aux tissus périrénaux (au-delà de la capsule rénale)
- Extension tumorale dans le sinus rénal
- Extension tumorale au-delà du fascia de Gerota
- Extension tumorale dans une veine majeure (veine rénale ou une de ses branches segmentaires (musculaires) et veine cave inférieure)
- Extension tumorale dans le système pelvicaliciel
- Extension tumorale à la glande surrénale :
 - Infiltration directe (T4)
 - Non contiguë (M1)
- Extension tumorale dans une autre structure ou organe (préciser) : _____

N° de rapport

N° de dossier

Marges (sélectionner tous les items qui s'appliquent) (note F)

- Ne peuvent être évaluées
- Marges exemptes de carcinome infiltrant
- Marges atteintes par le carcinome infiltrant
 - Marges de résection du parenchyme rénal (seulement pour néphrectomie partielle)
 - Marges de la capsule rénale (seulement pour néphrectomie partielle)
 - Marges de tissu adipeux périrénal (seulement pour néphrectomie partielle)
 - Marges du fascia de Gerota
 - Marges de la veine rénale
 - Marges urétérales
 - Autre (préciser) : _____

+ Envahissement lymphovasculaire (excluant la veine rénale ou une de ses branches segmentaires musculaires et la veine cave inférieure)

- + 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 : Tumeur primaire ne peut être évaluée
- pT0 : Aucune évidence de tumeur primaire
- pT1 : Tumeur de 7 cm ou moins dans sa plus grande dimension et limitée au rein
 - pT1a : Tumeur de 4 cm ou moins dans sa plus grande dimension et limitée au rein
 - pT1b : Tumeur de plus de 4 cm mais moins de 7 cm dans sa plus grande dimension et limitée au rein
- pT2 : Tumeur de plus de 7 cm dans sa plus grande dimension et limitée au rein
 - pT2a : Tumeur de plus de 7 cm mais 10 cm ou moins dans sa plus grande dimension et limitée au rein
 - pT2b : Tumeur de plus de 10 cm dans sa plus grande dimension et limitée au rein
- pT3 : Tumeur s'étend aux veines majeures ou aux tissus péri-rénaux mais pas à la surrénale ipsilatérale et sans dépasser le fascia de Gerota
 - pT3a : Tumeur macroscopiquement étendue à la veine rénale ou une de ses branches segmentaires (musculaires) ou tumeur infiltrant le tissu adipeux périrénal ou le sinus rénal sans dépasser le fascia de Gerota
 - pT3b : Tumeur macroscopiquement étendue à la portion sous-diaphragmatique de la veine cave inférieure
 - pT3c : Tumeur macroscopiquement étendue à la portion supradiaphragmatique de la veine cave inférieure ou infiltrant la paroi de la veine cave.
- pT4 : Tumeur avec extension au-delà du fascia de Gerota (incluant l'envahissement contigu de la surrénale)

Ganglions lymphatiques régionaux

- pNx : Ne peuvent être évalués
- pN0 : Ganglions lymphatiques régionaux exempts de métastase
- pN1 : Métastase(s) aux ganglions lymphatiques régionaux
- Aucun ganglion lymphatique trouvé ou soumi

Nombre de ganglions lymphatiques examinés :

Préciser : _____

Nombre ne peut être déterminé (expliquer) : _____

Nombre de ganglions avec atteinte métastatique

Préciser : _____

Nombre ne peut être déterminé (expliquer) : _____

N° de rapport	
---------------	--

N° de dossier	
---------------	--

Stade pathologique (pTNM) (note G) – suite		
Métastase(s) à distance (pM)		
<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas		
<input type="checkbox"/> pM1 : Métastase à distance		
Préciser le site (s'il est connu) : _____		
Constatations pathologiques dans le parenchyme rénal non néoplasique (sélectionner tous les éléments applicables) (note H)		
<input type="checkbox"/> Tissu insuffisant (néphrectomie partielle avec moins de 5 mm de rein non néoplasique adjacent)		
<input type="checkbox"/> Altération(s) pathologique(s) significative(s) :		
<input type="checkbox"/> Aucune décelée		
<input type="checkbox"/> Maladie glomérulaire (préciser) : _____		
<input type="checkbox"/> Maladie tubulo-interstitielle (préciser) : _____		
<input type="checkbox"/> Maladie vasculaire (préciser) : _____		
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____		
+ Autres tumeurs ou lésions d'aspect tumoral (sélectionner tous les éléments applicables)		
+ <input type="checkbox"/> Kyste(s) (préciser) : _____		
+ <input type="checkbox"/> Adénome(s) tubulaire(s) (papillaires)		
+ <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____		
+ Commentaire(s) :		

Signature du pathologiste	N° de permis	Date	Année	Mois	Jour