


République française

Médecin clinicien déclarant Nom : _____ Spécialité : _____ Institution : _____ Téléphone : _____ Date de déclaration : _____	Médecin pathologiste chargé du diagnostic histologique (à renseigner par le clinicien) Nom : _____ Adresse de la structure : _____ Téléphone : _____
--	--

Maladie à déclaration obligatoire  N° 14567*01
Mésothéliomes Formulaire clinicien

Important : à remplir et à faxer rapidement au médecin de l'ARS au numéro suivant :

Coordonnées du patient (à remplir par le clinicien, variables obligatoires nécessaires pour générer le code d'anonymat)	
Nom patronymique : _____	Prénom : _____
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance : _____	

A remplir par l'ARS

Code d'anonymat : _____ Date de notification : _____



Code d'anonymat : _____ Date de notification : _____

Informations sur le patient et le mésothéliome (à remplir par le clinicien)	
1 - Données patient	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance : _____	
Lieu de naissance (commune et département ou pays) :	
Code postal de résidence : _____	
et/ou Commune et département de résidence (en clair) :	
2 - Mode de diagnostic : <input type="checkbox"/> chirurgie <input type="checkbox"/> ponction/biopsie <input type="checkbox"/> clinique <input type="checkbox"/> radiologique	
3 - Site : <input type="checkbox"/> plèvre <input type="checkbox"/> péritoine <input type="checkbox"/> péricarde <input type="checkbox"/> sans précision <input type="checkbox"/> autre, préciser :	
4 - Diagnostic anatomo-pathologique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<i>Si oui, date de prélèvement :</i> _____ <i>Si non, date autre diagnostic :</i> _____	
Type histologique : <input type="checkbox"/> épithélioïde <input type="checkbox"/> sarcomatoïde <input type="checkbox"/> desmoplastique <input type="checkbox"/> mixte (biphasique) <input type="checkbox"/> mésothéliome SAI <input type="checkbox"/> papillaire superficiel bien différencié <input type="checkbox"/> autre, préciser :	
5 - Contact professionnel connu avec de l'amiante :	
- avis du clinicien : <input type="checkbox"/> pas de contact connu <input type="checkbox"/> contact certain ou très vraisemblable <input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> ne sait pas	
- avis du patient : <input type="checkbox"/> pas de contact connu <input type="checkbox"/> contact certain ou très vraisemblable <input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Emploi et secteur associés à l'exposition cumulée à l'amiante la plus importante :	
Pendant combien d'années : _____	



Médecin clinicien déclarant (à remplir par le clinicien) Nom : _____ Spécialité : _____ Tampon : _____ Dater et signer :	A remplir par l'ARS et faxer à l'InVS (attention : numéro dédié à la DO mésothéliomes) Région : _____ Médecin pathologiste chargé du diagnostic histologique Nom : _____ Structure : _____
--	---