

**République française**

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

Maladie à déclaration obligatoire

**Mésothéliomes**  
N°14567\*02

**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 :  M     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 :**     chirurgie                       ponction/biopsie                       clinique                       radiologique

**3 - Site :**     plèvre                       péritoine                       péricarde                       sans précision                       autre, préciser : .....

**4 - Diagnostic anatomo-pathologique :**     oui                       non

*Si oui, date de prélèvement :* \_\_\_\_\_      *Si non, date autre diagnostic :* \_\_\_\_\_

**Type histologique :**     épithélioïde     sarcomatoïde     desmoplastique     mixte (biphasique)     mésothéliome SAI

papillaire superficiel bien différencié     autre, préciser : .....

**5 - Contact professionnel connu avec de l'amiante :**

- avis du clinicien :     pas de contact connu                       contact certain ou très vraisemblable                       possible                       ne sait pas

- avis du patient :     pas de contact connu                       contact certain ou très vraisemblable                       possible                       ne sait pas

Emploi et secteur associés à l'exposition cumulée à l'amiante la plus importante : .....

.....

Pendant combien d'années : \_\_\_\_\_



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