


République française

Médecin pathologiste déclarant Nom : _____ Adresse de la structure : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____	Médecin clinicien prescripteur (à renseigner par le pathologiste) Nom : _____ Spécialité : _____ Institution : _____ Téléphone : _____
---	---

Maladie à déclaration obligatoire Mésothéliomes Formulaire pathologiste	 N° 14568*02
---	--

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

Coordonnées du patient (à remplir par le pathologiste, 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 pathologiste)	
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"/> cytologie <input type="checkbox"/> ponction/biopsie radioguidée <input type="checkbox"/> biopsie/pièce opératoire <input type="checkbox"/> autopsie	
3 - Données anatomo-pathologiques :	
Date de prélèvement : _____	Numéro d'examen : _____
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 :	
Site : <input type="checkbox"/> plèvre <input type="checkbox"/> péritoine <input type="checkbox"/> péricarde <input type="checkbox"/> sans précision <input type="checkbox"/> autre, préciser :	



Médecin pathologiste déclarant (à renseigner par le pathologiste) Nom : _____ Tampon ou coordonnées de la structure : _____ Dater et signer :	A remplir par l'ARS et faxer à l'InVS (attention : numéro dédié à la DO mésothéliomes) Région : Médecin clinicien prescripteur : nom : _____ Spécialité : _____ Institution : _____ Patient : code postal ou commune/département de résidence : Contact professionnel avec de l'amiante (recueil auprès du médecin clinicien) : <input type="checkbox"/> pas de contact connu <input type="checkbox"/> certain ou très vraisemblable <input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> ne sait pas
--	--