

**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\*01

**Formulaire clinicien**

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

Sélectionner votre région d'exercice

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)	
<b>1 - Données patient</b>	
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) : .....	
<b>2 - Mode de diagnostic :</b> <input type="checkbox"/> chirurgie <input type="checkbox"/> ponction/biopsie <input type="checkbox"/> clinique <input type="checkbox"/> radiologique	
<b>3 - Site :</b> <input type="checkbox"/> plèvre <input type="checkbox"/> péritoine <input type="checkbox"/> péricarde <input type="checkbox"/> sans précision <input type="checkbox"/> autre, préciser : .....	
<b>4 - Diagnostic anatomo-pathologique :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<i>Si oui, date de prélèvement :</i> _____ <i>Si non, date autre diagnostic :</i> _____	
<b>Type histologique :</b> <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 : .....	
<b>5 - Contact professionnel connu avec de l'amiante :</b>	
- 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 : _____	



<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 : _____
--	---