

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

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 : _____



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 : _____
--	---