Clinicien déclarant (signature et tampon) [1, 2]
Nom :
Médecin traitant : □ Oui □ Non
Spécialité :
Institution/service :
Adresse :
Téléphone :
Télécopie :
Signature :
Date de déclaration :

Pathologiste déclarant [1, 2]
Nom du laboratoire :

Adresse :

Téléphone :
Télécopie :
Date de déclaration **:**

Déclaration Obligatoire Mésothéliome

cerfa

Important : tout nouveau cas de mésothéliome malin quelle que soit sa localisation doit être notifié au médecin de l'ARS du lieu d'exercice, dans les meilleurs délais, sous pli confidentiel avec mention «secret médical».

A remplir par le médecin déclarant (clinicien ou pathologiste)

Nom patronymique: |_____| Prénom : |_____|

Sexe : □ F □ M Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

A remplir par l'ARS

Code d'anonymat : |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| Date réception de déclaration : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

---✂---✂---

Code d'anonymat : |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| Date réception de déclaration : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

A remplir par le médecin déclarant ([1]clinicien, [2]pathologiste)

1-Données patient [1, 2]
Sexe : □ F □ M Commune et département naissance : |_____|
Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| (si étranger : pays)

Code postal de résidence : |__|__|__|__|__| Département de résidence (en clair) : |_____|

Commune de résidence (en clair) : | _____|

2 – Diagnostic [1]
□ clinique □ radiologie □ échographie □ cytologie □ ponction/biopsie □ chirurgical □ autopsie

3 - Données anatomo-pathologiques [2]
- Confirmation histologique : □ oui □ non
Si oui, **Date du prélèvement**: |__|__| |__|__| |__|__|__|__| N° d'examen : |_____|
Type histologique : □ épithélioïde □ sarcomatoïde □ desmoplastique □ mixte (biphasique) □ mésothéliome SAI
□ papillaire superficiel bien différencié □ autre, préciser |_____|
Si non, **Autre diagnostic**, préciser [1] **:**|_____| Date du diagnostic : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
- Site [1, 2] : □ plèvre □ péritoine □ péricarde □ sans précision □ autre siège, préciser |_____|

4 - Données exposition [1]
Contact professionnel connu avec de l'amiante : □ oui □ non □ nsp
Métier (et secteur) le plus longtemps exercé ayant exposé au risque amiante: _____|
pendant combien d'années : |__|__|
Antécédents familiaux : Autres cas de mésothéliome dans la famille : □ oui □ non préciser : |_____|
Activités de bricolage : □ plomberie □ électricité □ maçonnerie □ isolation thermique □ voiture □ autre
Historique de Résidence : Département le plus longtemps habité :
- avant l'âge de 20 ans : |__|__| Pendant combien d'années : |__|__| Commune : |_____|
- de 20 à 40 ans : |__|__| Pendant combien d'années : |__|__| Commune : |_____|
- après 40 ans : |__|__| Pendant combien d'années : |__|__| Commune : |_____|

Clinicien déclarant (signature et tampon) [1, 2]
Nom :
Médecin traitant : □ Oui □ Non
Spécialité :
Institution/service :
Adresse :
Téléphone :
Signature :
Date de déclaration :

Pathologiste déclarant [1, 2]
Nom du laboratoire :

Adresse :

Téléphone :
Télécopie :
Date de déclaration :

ARS (signature et tampon)

Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du clinicien déclarant à l'ARS (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations anonymes à l'Institut de Veille Sanitaire