

ESSAI PHARE

FICHE DE SUIVI à 6 MOIS
(à partir de l'initiation Herceptin®)
À FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente :

Initiales de la patiente :
Nom Prénom

Date de la visite :
Jour Mois Année

Date FEV :

Valeur FEV : % Méthode : scintigraphie échographie

CA 15.3 (optionnel) : U/ml

ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE

- Un événement indésirable grave ou inattendu est-il survenu ? OUI NON
(à déclarer à la Pharmacovigilance à l'aide du Formulaire de Notification EIG à télécharger via www.e-cancer.fr)
 - Date de survenue de cet événement :
 - Arrêt du traitement par Herceptin® : OUI NON
 - Toxicité cardiaque :
 - Autre toxicité :
- Une seule case à cocher*

ARRÊT DU TRAITEMENT PAR HERCEPTIN®

Arrêt définitif du traitement : OUI NON

▶ Date d'arrêt de l'Herceptin® :

ÉVÉNEMENT CLINIQUE

- Progression Si progression, date :
Locale Loco-régionale A distance Controlatérale
- 2^{ème} cancer
- Décès (si décès, veuillez remplir la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation)

ARRÊT DE L'HERCEPTIN® HORS TOXICITÉ OU ÉVÉNEMENT

- Volonté du patient
- Autres raisons, préciser :

Signature de l'Investigateur :

Date :

ESSAI PHARE

FICHE DE SUIVI à 9 MOIS (à partir de l'initiation Herceptin®) À FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente :

Initiales de la patiente :
Nom Prénom

Date de la visite :
Jour Mois Année

Date FEV :

Valeur FEV : % Méthode : scintigraphie échographie

CA 15.3 (optionnel) : U/ml

ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE

Un événement indésirable grave ou inattendu est-il survenu ? OUI NON
(à déclarer à la Pharmacovigilance à l'aide du Formulaire de Notification EIG à télécharger via www.e-cancer.fr)

Date de survenue de cet événement :

Arrêt du traitement par Herceptin® : OUI NON

Toxicité cardiaque :
Autre toxicité :
Une seule case à cocher

ARRÊT DU TRAITEMENT PAR HERCEPTIN®

Arrêt définitif du traitement : OUI NON

► Pour les patientes du bras 12 mois de traitement, date d'arrêt de l'Herceptin® :

ÉVÉNEMENT CLINIQUE

- Progression Si progression, date :
Locale Loco-régionale A distance Controlatérale
- 2^{ème} cancer
- Décès (si décès, veuillez remplir la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation)

ARRÊT DE L'HERCEPTIN® HORS TOXICITÉ OU ÉVÉNEMENT

- Volonté du patient
- Autres raisons, préciser :

Signature de l'Investigateur :

Date :

ESSAI PHARE

FICHE DE SUIVI à 12 MOIS (à partir de l'initiation Herceptin®)

A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

Date FEV : _____

Valeur FEV : _____ % Méthode : scintigraphie échographie

Mammographie : Date : _____

Résultat : normal anormal ➔ diamètre : _____ mm

CA 15.3 (optionnel) : _____ U/ml

ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE

- Un événement indésirable grave ou inattendu est-il survenu ? OUI NON
(à déclarer à la Pharmacovigilance à l'aide du Formulaire de Notification EIG à télécharger via www.e-cancer.fr)
 - Date de survenue de cet événement : _____
 - Arrêt du traitement par Herceptin® : OUI NON
 - Toxicité cardiaque :
 - Autre toxicité :
- Une seule case à cocher*

ARRÊT DU TRAITEMENT PAR HERCEPTIN®

Arrêt définitif du traitement : OUI NON

► Pour les patientes du bras 12 mois de traitement, date d'arrêt de l'Herceptin® : _____

ÉVÉNEMENT CLINIQUE

- Progression Si progression, date : _____
Locale Loco-régionale A distance Controlatérale
- 2^{ème} cancer
- Décès (si décès, veuillez remplir la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation)

ARRÊT DE L'HERCEPTIN® HORS TOXICITÉ OU ÉVÉNEMENT

- Volonté du patient
- Autres raisons, préciser :

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

ESSAI PHARE

FICHE DE SUIVI à 15 MOIS
(à partir de l'initiation Herceptin®)
À FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente :

Initiales de la patiente :
Nom Prénom

Date de la visite :
Jour Mois Année

Date FEV :

Valeur FEV : % Méthode : scintigraphie échographie

CA 15.3 (optionnel) : U/ml

• Y a-t-il eu un événement depuis la dernière visite ? OUI NON

Si « OUI », veuillez compléter l'événement correspondant :

▪ Progression : NON OUI ➔ Date :

▪ Type de progression :

- Locale

- Loco-régionale

- A distance

- Controlatérale

▪ 2^{ème} cancer : NON OUI ➔ Date :

▪ Décès :
(si « décès », veuillez compléter la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation)

Signature de l'Investigateur :

Date :

ESSAI PHARE

FICHE DE SUIVI à 18 MOIS
(à partir de l'initiation Herceptin®)
À FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente :

Initiales de la patiente :
Nom Prénom

Date de la visite :
Jour Mois Année

Date FEV :

Valeur FEV : % Méthode : scintigraphie échographie

CA 15.3 (optionnel) : U/ml

• Y a-t-il eu un événement depuis la dernière visite ? OUI NON

Si « OUI », veuillez compléter l'événement correspondant :

▪ Progression : NON OUI ➔ Date :

▪ Type de progression :

- Locale
- Loco-régionale
- A distance
- Controlatérale

▪ 2^{ème} cancer : NON OUI ➔ Date :

▪ Décès :
(si « décès », veuillez compléter la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation)

Signature de l'Investigateur :

Date :

ESSAI PHARE

FICHE DE SUIVI à 21 MOIS
(à partir de l'initiation Herceptin®)
À FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

Date FEV : _____

Valeur FEV : _____ % Méthode : scintigraphie échographie

CA 15.3 (optionnel) : _____ U/ml

• Y a-t-il eu un événement depuis la dernière visite ? OUI NON

Si « OUI », veuillez compléter l'événement correspondant :

▪ Progression : NON OUI ➔ Date : _____

▪ Type de progression :

- Locale

- Loco-régionale

- A distance

- Controlatérale

▪ 2^{ème} cancer : NON OUI ➔ Date : _____

▪ Décès :
(si « décès », veuillez compléter la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

ESSAI PHARE

FICHE DE SUIVI à 24 MOIS
(à partir de l'initiation Herceptin®)
À FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

Date FEV : _____

Valeur FEV : _____ % Méthode : scintigraphie échographie

Mammographie : Date : _____

Résultat : normal anormal ➔ diamètre : _____ mm

CA 15.3 (optionnel) : _____ U/ml

• Y a-t-il eu un événement depuis la dernière visite ? OUI NON

Si « OUI », veuillez compléter l'événement correspondant :

▪ Progression : NON OUI ➔ Date : _____

▪ Type de progression :

- Locale

- Loco-régionale

- A distance

- Controlatérale

▪ 2^{ème} cancer : NON OUI ➔ Date : _____

▪ Décès :
(si « décès », veuillez compléter la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

ESSAI PHARE

FICHE DE SUIVI à 30 MOIS
(à partir de l'initiation Herceptin®)
À FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente :

Initiales de la patiente :
Nom Prénom

Date de la visite :
Jour Mois Année

Date FEV :

Valeur FEV : % Méthode : scintigraphie échographie

CA 15.3 (optionnel) : U/ml

• Y a-t-il eu un événement depuis la dernière visite ? OUI NON

Si « OUI », veuillez compléter l'événement correspondant :

▪ Progression : NON OUI ➔ Date :

▪ Type de progression :

- Locale
- Loco-régionale
- A distance
- Controlatérale

▪ 2^{ème} cancer : NON OUI ➔ Date :

▪ Décès :
(si « décès », veuillez compléter la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation)

Signature de l'Investigateur :

Date :

ESSAI PHARE

FICHE DE SUIVI à 36 MOIS
(à partir de l'initiation Herceptin®)
À FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

Date FEV : _____

Valeur FEV : _____ % Méthode : scintigraphie échographie

Mammographie : Date : _____

Résultat : normal anormal ➔ diamètre : _____ mm

CA 15.3 (optionnel) : _____ U/ml

• Y a-t-il eu un événement depuis la dernière visite ? OUI NON

Si « OUI », veuillez compléter l'événement correspondant :

▪ Progression : NON OUI ➔ Date : _____

▪ Type de progression :

- Locale

- Loco-régionale

- A distance

- Controlatérale

▪ 2^{ème} cancer : NON OUI ➔ Date : _____

▪ Décès :
(si « décès », veuillez compléter la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

ESSAI PHARE

FICHE DE SUIVI à 42 MOIS

(à partir de l'initiation Herceptin®)

À FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

Date FEV : _____

Valeur FEV : _____ % Méthode : scintigraphie échographie

CA 15.3 (optionnel) : _____ U/ml

• Y a-t-il eu un événement depuis la dernière visite ? OUI NON

Si « OUI », veuillez compléter l'événement correspondant :

▪ Progression : NON OUI ➔ Date : _____

▪ Type de progression :

- Locale

- Loco-régionale

- A distance

- Contralatérale

▪ 2^{ème} cancer : NON OUI ➔ Date : _____

▪ Décès :
 (si « décès », veuillez compléter la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

ESSAI PHARE

FICHE DE SUIVI à 48 MOIS
(à partir de l'initiation Herceptin®)
À FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

Date FEV : _____

Valeur FEV : _____ % Méthode : scintigraphie échographie

Mammographie : Date : _____

Résultat : normal anormal ➔ diamètre : _____ mm

CA 15.3 (optionnel) : _____ U/ml

• Y a-t-il eu un événement depuis la dernière visite ? OUI NON

Si « OUI », veuillez compléter l'événement correspondant :

▪ Progression : NON OUI ➔ Date : _____

▪ Type de progression :

- Locale

- Loco-régionale

- A distance

- Controlatérale

▪ 2^{ème} cancer : NON OUI ➔ Date : _____

▪ Décès :
(si « décès », veuillez compléter la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

ESSAI PHARE

FICHE DE SUIVI à 54 MOIS
(à partir de l'initiation Herceptin®)
À FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente :

Initiales de la patiente :

Nom Prénom

Date de la visite :

Jour Mois Année

Date FEV :

Valeur FEV : % Méthode : scintigraphie échographie

CA 15.3 (optionnel) : U/ml

- **Y a-t-il au un événement depuis la dernière visite ?** OUI NON

Si « OUI », veuillez compléter l'événement correspondant :

- **Progression :** NON OUI → Date :

- **Type de progression :**

- Locale
- Loco-régionale
- A distance
- Controlatérale

- **2^{ème} cancer :** NON OUI → Date :

- **Décès :**
 (si « décès », veuillez compléter la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation)

Signature de l'Investigateur :

Date :

ESSAI PHARE

FICHE DE SUIVI à 60 MOIS
(à partir de l'initiation Herceptin®)
À FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente : _____

Initiales de la patiente : _____
Nom Prénom

Date de la visite : _____
Jour Mois Année

Date FEV : _____

Valeur FEV : _____ % Méthode : scintigraphie échographie

Mammographie : Date : _____

Résultat : normal anormal ➔ diamètre : _____ mm

CA 15.3 (optionnel) : _____ U/ml

• Y a-t-il eu un événement depuis la dernière visite ? OUI NON

Si « OUI », veuillez compléter l'événement correspondant :

▪ Progression : NON OUI ➔ Date : _____

▪ Type de progression :

- Locale

- Loco-régionale

- A distance

- Controlatérale

▪ 2^{ème} cancer : NON OUI ➔ Date : _____

▪ Décès :
(si « décès », veuillez compléter la fiche « Décès » en fin de cahier d'observation)

Signature de l'Investigateur :

Date : _____

ESSAI PHARE

FICHE DE DÉCÈS ou DE DERNIÈRES NOUVELLES À FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41

Investigateur / Etablissement de Santé :

Ville :

N° de la patiente :

Initiales de la patiente :
Nom *Prénom*

DECES : OUI NON

Date du décès :

- Cause du décès** :
- Liée à la maladie
 - Toxicité
 - Leucémie
 - Maladie intercurrente
 - 2^{ème} cancer
à préciser :
 - Autre
à préciser :

DERNIERES NOUVELLES : Date :

Signature de l'Investigateur :

Date :