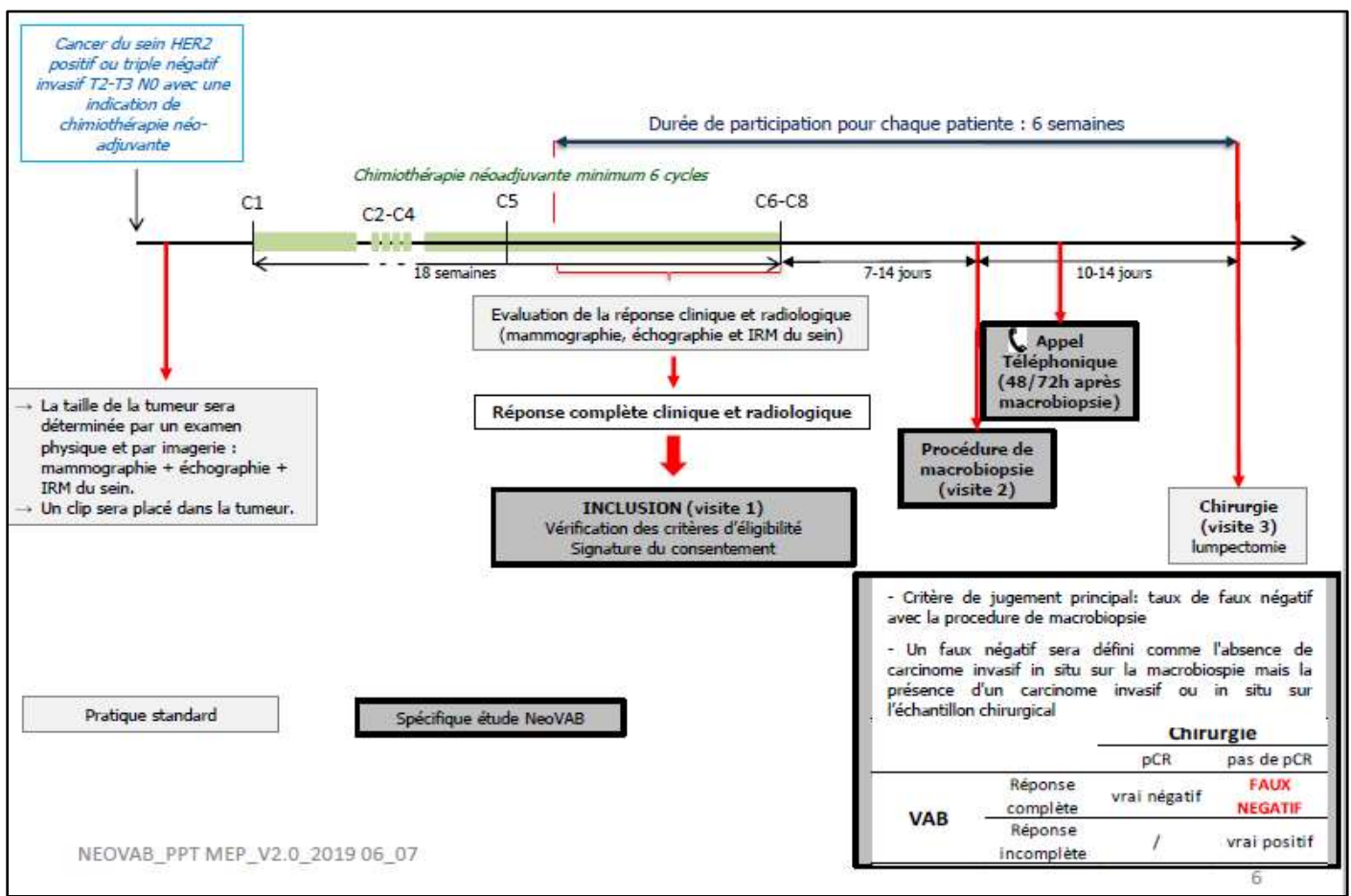
	<b>CRITERES DE SELECTION NEOVAB</b>	Identité patient (coller étiquette patient)
Version 1.0 du 26/10/2021	Investigateur en charge du patient : ..... <b>PI : Charles COUTANT</b> Mail : ccoutant@cgfl.fr <i>A contacter pour adresser/inclure patient externe au CGFL</i>	Arc : <b>Suzy MUGNIER</b> Poste : 3434

### « NEOVAB »


**Etude pilote prospective multicentrique évaluant la fiabilité de la macro-biopsie pour le diagnostic de réponse histologique complète chez les patients ayant une réponse clinique et radiologique complète après une chimiothérapie néo-adjuvante.**



### VALIDATION DES CRITERES DE SELECTION

#### Critères d'inclusion :


Patiente atteinte d'un cancer du sein invasif T1c, T2-T3, N0-N+ initialement traitée par chimiothérapie néo adjuvante pour permettre la conservation du sein, et qui a reçu au moins 6 cycles de chimiothérapie +/- anti-HER2.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--	--

	<b>CRITERES DE SELECTION NEOVAB</b>	Identité patient (coller étiquette patient)
Version 1.0 du 26/10/2021	Investigateur en charge du patient : ..... <b>PI : Charles COUTANT</b> Mail : ccoutant@cgfl.fr <i>A contacter pour adresser/inclure patient externe au CGFL</i>	Arc : <b>Suzy MUGNIER</b> Poste : 3434

Patiente éligible à une conservation du sein après chimiothérapie néo adjuvante.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tumeur du sein : <input type="checkbox"/> Triple négatives ou <input type="checkbox"/> HER2-positives et Récepteurs hormonaux négatifs ou <input type="checkbox"/> HER2-positives et Récepteurs hormonaux positifs.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Réponse clinique complète après chimiothérapie néo adjuvante.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Réponse radiologique complète (mammographie, échographie et IRM du sein) après chimiothérapie néo adjuvante.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Patiente âgée de plus de 18 ans.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Consentement éclairé signé.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Critères de non inclusion :**

Patiente de moins de 18 ans.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Femme enceinte ou allaitante	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cancer du sein bilatéral	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Contre-indication à l'IRM.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Contre-indication à une chirurgie conservatrice du sein.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

	<b>CRITERES DE SELECTION NEOVAB</b>	Identité patient (coller étiquette patient)
Version 1.0 du 26/10/2021	Investigateur en charge du patient : ..... <b>PI : Charles COUTANT</b> Mail : ccoutant@cgfl.fr <i>A contacter pour adresser/inclure patient externe au CGFL</i>	Arc : <b>Suzy MUGNIER</b> Poste : 3434

Patiente présentant une mutation BRCA ou une autre prédisposition génétique autosomique dominante à haute pénétrance au cancer du sein connue au moment de l'inclusion.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Patiente privée de liberté ou sous tutelle (y compris la curatelle).	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Incapacité à participer à l'essai pour des raisons psychologiques ou psychiques.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hypersensibilité à une anesthésie locale.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Imagerie initiale montrant des microcalcifications ACR6 et / ou un rehaussement non masse ACR6 toujours visible sur l'IRM post chimiothérapie néo adjuvante associé à la lésion indexe.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Contre-indication à la procédure de macro-biopsie : Prise de médicaments anticoagulants (Marcoumar®, Sintrom®, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Coumadine etc.), ou prise de médicaments antiagrégants (Aspirine®, Plavix®, etc.) ne pouvant être arrêtés une semaine avant l'intervention (avec l'accord du médecin traitant et/ou du cardiologue). Allergie connue à une anesthésie locale.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'investigateur : \_\_\_\_\_