

RCP du/...../.....

Identification du Patient

Consentement éclairé recueilli : Oui Non

Nom de naissance * :	Prénom * :	Sexe * : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom marital :	Date de naissance * :	_____

Lieu de naissance :	Pays de naissance :
Lieu de résidence :	Pays de résidence :
Etablissement du patient :	Médecin référent VIH :
Adresse :	Email :@..... Tél. :
Médecin traitant généraliste :	Médecin(s) spécialité(s) :
Email :@..... Tél. :	Email :@..... Tél. :

Motif de la RCP

Motif de la RCP *	Date Début de la maladie :
<input type="checkbox"/> Avis diagnostique <input type="checkbox"/> Ajustement thérapeutique	<input type="checkbox"/> Décision traitement <input type="checkbox"/> Surveillance après traitement

Traitement antérieur réalisé

- Aucun
- Ablatherm
- Autre traitement
- Chimiothérapie
- Chirurgie
- Curiethérapie
- Endoscopie interventionnelle
- Hormonothérapie
- Immunothérapie
- Radio-chimiothérapie
- Radiologie interventionnelle
- Radiothérapie
- Soins de support
- Thérapie ciblée
- 131-Iode

HDM / traitement déjà réalisé et problématique actuelle :

.....

Informations complémentaires éventuellement nécessaires pour la prise de décision :

.....

En cas de chimiothérapie/immunothérapie/thérapie ciblée / Nom des molécules pressenties :

.....

Données Cliniques

Siège de la tumeur Primaire : Code CIM-10 *

Poids (kg) :	Taille (cm) :	
Phase de la maladie * <input type="checkbox"/> Phase initiale <input type="checkbox"/> Rechute	Nouveau cas de Cancer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Statut thérapeutique lors de la phase en cours <input type="checkbox"/> Déjà traité <input type="checkbox"/> En cours de traitement <input type="checkbox"/> Non traité
Circonstances de découverte de la maladie <input type="checkbox"/> Dépistage individuel <input type="checkbox"/> Dépistage organisé <input type="checkbox"/> Manifestation clinique <input type="checkbox"/> Ne sait pas		Capacité de vie (OMS) à la date de la RCP * <input type="checkbox"/> 0 - Activité normale avec ou sans signes mineurs <input type="checkbox"/> 1 - Activité normale avec effort, signe ou symptômes <input type="checkbox"/> 2 - Incapacité de travailler ou de mener une vie normale <input type="checkbox"/> 3 - Nécessité d'aide importante et d'une assistance médicale <input type="checkbox"/> 4 - Incapacité sévère, grabataire, phase terminale

Classifications

cTNM* T : N : M : mry : m r y

Commentaire sur le TNM (extension locale, ganglionnaire, ...)

Autre système de classification : Nom du système : Classification :

Date de prélèvement * :/...../..... Code ADICAP :
 Numéro de Travail :..... Histologie :.....
 Code SNOMED Commentaire sur l'histologie :.....
 Topographie : T..... Morphologie : M.....
 pTNM pT :... pN :... pM :... R..... Grade/score :..... Tumorothèque : Oui Non

Spécificités- Cancer et SIDA

Date VIH Sérologie VHC : Positive Négative PCR VHC : Pos Nég
 Stade CDC :..... Génotype VHC :
 Taux de CD4 :/mm3% AgHBS+ : Oui Non Delta Oui Non AcHBc isolé: Oui Non
 CD4/CD8 :..... Fibrose hépatique : F1 F2 F3 F4 Child A B C
 Charge Virale VIH : < seuil Oui Non DFG/MDRD :ml / mn
 Traitement Antirétroviral en cours : Sérologie Toxoplasmose : Positive Négative
 Sérologie CMV : Positive Négative
 Antécédents Toxoplasmose : Oui Non
 Autres Traitements au long cours :.....
 Nouveau Diag VIH: Oui Non Prophylaxie Infections opportunistes: Oui Non
Mode de transmission :
 Hétérosexuelle HSH UDIV Materno-fœtale Transfusion Inconnu

Merci de joindre à cette fiche le génotypage cumulé de résistances.

A REMPLIR EN RCP PAR LE CISIH	Proposition
Cas discuté en RCP * : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Présenté par :
Recours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Exposition Professionnelle: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Probable
Type de proposition : <input type="checkbox"/> Application référentiel <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique <input type="checkbox"/> Recours à une RCP nationale <input type="checkbox"/> Traitement hors référentiel	
Nature de la proposition * : <input type="checkbox"/> Traitement <input type="checkbox"/> Nécessité d'examens complémentaires <input type="checkbox"/> Surveillance	
Traitement envisagé * : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Autre traitement	
Proposition de traitement Carcinologique : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> A maintenir à l'identique <input type="checkbox"/> Autre traitement	
Proposition de traitement Anti VIH : <input type="checkbox"/> A initier <input type="checkbox"/> A maintenir à l'identique <input type="checkbox"/> A modifier	
Risque Interaction toxicité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Risque Interaction efficacité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Monitoring pharmacologique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Surveillance : <input type="checkbox"/> CV VIH 1/mois <input type="checkbox"/> CD4 tous les 3 mois <input type="checkbox"/> ADN VHB 1/mois <input type="checkbox"/> PCR CMV 1/mois et si PCR CMV > 1000cp/ml : Rovalcyte 900mg/j après contrôle du F0 à maintenir jusqu'à la fin du traitement carcinologique	
Prophylaxie(s) : <input type="checkbox"/> Bactrim faible 1/j <input type="checkbox"/> Bactrim fort 1/j <input type="checkbox"/> Wellvone 2x5ml en 1 prise <input type="checkbox"/> Valacyclovir 500 2cp/j <input type="checkbox"/> Aérosols de Pentacarinat La (les) prophylaxie(s) doivent être maintenues après le traitement carcinologique jusqu'à 1 taux de CD4 >200 ou 15% pendant au moins 6 mois. Antiémétiques conseillés : Autres :	