|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| cid:331284809@30072015-0590 | **FICHE RCP REGIONALE REGION SUD**  **CANCER et SIDA**  **Responsable : Dr Sylvie BREGIGEON** RCP du ……/……/…… |  |

**Identification du Patient**

Consentement éclairé recueilli :  **Oui**  **Non**

**Nom de naissance \* : Prénom \*: Sexe \*:  F  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 \***  * Avis diagnostique  Décision traitement*  * Ajustement thérapeutique  Surveillance après traitement* | **Date Début de la maladie :**  . . . . . . . . . . . |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Traitement antérieur réalisé**   * *Aucun* * *Ablatherm* * *Autre traitement* * *Chimiothérapie* * *Chirurgie* * *Curiethérapie* * *Endoscopie interventionnelle* * *Hormonothérapie* * *Immunothérapie* * *Radio-chimiothérapie* * *Radiologie interventionnelle* * *Radiothérapie* * *Soin 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 \***  * Phase initiale*  * Rechute* | **Nouveau cas de Cancer :**  * Oui*  * Non*  * Ne sais pas* | **Statut thérapeutique lors de la phase en cours**  * Déjà traité*  * En cours de traitement*  * Non traité* |
| **Circonstances de découverte de la maladie**  * Dépistage individuel*  * Dépistage organisé*  * Manifestation clinique*  * Ne sait pas* | | C**apacité de vie (OMS) à la date de la RCP \***   * *0 -* Activité normale avec ou sans signes mineurs * *1 -* Activité normale avec effort, signe ou symptômes * *2 -* Incapacité de travailler ou de mener une vie normale * *3* - Nécessité d’aide importante et d’une assistance médicale * *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 :. . . . . . . . . . . . . . . .

**Descriptif Histologique**

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** **\*** **:**Oui  Non **Présenté par** : …………………………………………………………… |
| **Recours** **:** Oui  Non **Exposition Professionnelle:** Oui  Non Probable |
| **Type de proposition** **:** *Application référentiel Essai thérapeutique Recours à une RCP nationale Traitement hors référentiel*  **Nature de la proposition \* :***Traitement Nécessité d’examens complémentaires Surveillance*  **Traitement envisagé \*:** * Aucun  Autre traitement*  **Proposition de traitement Carcinologique :** *Aucun A maintenir à l’identique  Autre traitement*  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  **Proposition de traitement Anti VIH :*****A initier A maintenir à l’identique A modifier*  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **Risque Interaction toxicité :** * Oui  Non* **Risque Interaction efficacité :** * Oui  Non*  ………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Monitoring pharmacologique** **:** **oui **non |
| ……………………………………………………………………………………………………………… |
| **Surveillance :** |
| **CV VIH 1/mois **CD4 tous les 3 mois **ADN VHB 1/mois **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) :** |
| **Bactrim faible 1/j **Bactrim fort 1/j |
| **Wellvone 2x5ml en 1 prise **Valacyclovir 500 2cp/j **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 :………………………………………………………………………………………………………………………… |