|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 :………………………………………………………………………………………………………………………… |