

FICHE RCP CHC DE CHU de paris .

A compléter et à envoyer à avec si possible un bilan biologique récent (de moins de 4 semaines), et une imagerie de moins de 6 semaines

Présentation en RCP le mardi suivant l'envoi de la fiche

Date de la RCP :	Nom du responsable de la RCP :
Membres de la RCP (cocher la case si le membre est présent)	
Hépatogastroentérologue(s) : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oncologue(s) : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radiologue(s) interventionnel(s) : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chirurgien(s) : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Radiothérapeute(s) : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anatomopathologiste(s) : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radiologue(s) diagnostique(s) : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infirmier-e(s) : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Patient Nom d'usage (Marital) : ^{albert} Nom de naissance : Prénom : ^{george} Sexe M/F/A : ^F Date de naissance : 02-08-1982	Adresse : Téléphone :
Nom et coordonnées du médecin traitant :	
Nom et coordonnées du médecin adresseur :	
Le patient doit être informé que son dossier va passer en RCP : <input type="checkbox"/> Fait par le médecin adresseur	

Motif de la RCP <input type="checkbox"/> 1ère présentation <input type="checkbox"/> Dossier déjà discuté en RCP le Motif de présentation : <input type="checkbox"/> décision de traitement <input type="checkbox"/> avis diagnostic <input type="checkbox"/> ajustement thérapeutique <input type="checkbox"/> surveillance après traitement
--

ATCD Diabète, cardiovasculaires, autres comorbidités notables :
Principaux traitement(s) en cours (préciser si traitement antiviral) :

Cirrhose documentée : ☐ oui ☒ nonArguments diagnostiques de cirrhose : ☐ clinique ☐ marqueurs non-invasifs ☐ imagerie ☐ biopsieGastroscopie : ☐ oui, date de la dernière : ☒ nonVarices œsophagiennes/gastriques : ☐ Non recherchées ☐ Absentes ☐ Présentes, grade des VO :Ascite : ☐ Absente ☐ Modérée ☒ Abondante☐ Pas d'ascite clinique mais visible en imagerie ☐ Pas d'ascite actuellement mais ATCD d'asciteEncéphalopathie : ☐ oui ☒ non Si oui, date du diagnostic :

En cas de surconsommation alcoolique : Sevrage alcoolique

☐ OUI, depuis combien de temps : ☒ NON, consommation actuelle d'alcool : 2,82g/jour**Histoire de la maladie/traitement du CHC**

Date du diagnostic de CHC : 24-10-2022

Prouvé histologiquement ☒ oui ☐ nonTraitements loco-régionaux

Indiquer dans l'ordre chronologique les traitements loco-régionaux réalisés en précisant le type d'intervention, la localisation, la taille, le cas échéant le nombre de cures et le numéro de segment, et toute autre information semblant pertinente.

Date	<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Destruction percutanée (radiofréquence, micro-onde, électroporation irréversible) <input type="checkbox"/> Chimio embolisation <input checked="" type="checkbox"/> Radio embolisation <input type="checkbox"/> Radiothérapie
01-08-2022	Type d'intervention : Radio embolisation Date de la dernière intervention : 30-04-2022 Information complémentaire : ceci est une info Nombre de cures : 9 Localisation : ici Taille : 2.12 cm
	Type d'intervention : Date de la dernière intervention : Information complémentaire : Nombre de cures : Localisation : Taille :
	Type d'intervention : Date de la dernière intervention : Information complémentaire : Nombre de cures : Localisation : Taille :

Traitements systémiques

Nombre de lignes : ...

Ligne	Type	Date de début	Date de fin	Motif arrêt
1	le Type	30-01-2021	30-06-2023	était malade
2	le Type	13-05-2021	07-02-2023	était malade
3				

Soins de confort : ☒ oui ☐ non

Si oui, préciser : un coussin

Clinique

Poids : 74 Kg

Taille : 1.67 m

ECOG : ne sait pas

Données biologiques de moins de 4 semaines :

Bilirubine totale : 4.67... $\mu\text{mol/L}$	Créatinine : 0.54... $\mu\text{mol/L}$	Albumine : 0.05... g/L
Plaquettes : 2.22... G/L	TP : 3.21... % patient sous AVK ou AOD <input checked="" type="checkbox"/>	INR : 3.47
Facteur V : 29.25... %	Alpha-foetoprotéine : 2.77... ng/mL	

Imagerie

TDM thoraco-abdominal et si possible IRM hépatique, dates des examens de moins de 6 semaines : 23-01-2024

Classification (Optionnel) Les scores MELD et Child-Pugh seront calculés lors de la RCP CHC**Description histologique :** Date biopsie (compte rendu à joindre) : 25-12-2020**Souhait de prise en charge après la RCP**

Souhaitez-vous que votre patient soit pris en charge dans l'établissement où a eu lieu la RCP ?

☒ OUI, quel que soit le traitement proposé ☐ NON, quel que soit le traitement proposé☐ NON pour ces traitements : *préciser les traitements que l'adreur souhaite réaliser*S'il est éligible pour un essai thérapeutique, souhaitez-vous qu'il en bénéficie ? OUI ☒ NON ☐**Information du patient après la RCP**

Habituellement, il appartient au médecin adreur d'informer son patient de sa future prise en charge. Cependant, si vous et votre patient le souhaitent, nous pouvons informer votre patient de sa prise en charge :

☐ OUI, et j'ai prévenu le patient qu'il sera contacté par un autre centre ☒ NONSi oui, comment l'informer ? ☐ Appel téléphonique ☐ Consultation médicale à programmer**Décision de proposition de prise en charge (à compléter à l'issue de la RCP)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transplantation | <input type="checkbox"/> Radio embolisation |
| <input type="checkbox"/> Exérèse chirurgicale : <i>préciser le type d'intervention</i> | <input type="checkbox"/> Traitement systémique |
| <input type="checkbox"/> Destruction percutanée (radiofréquence, micro-onde, électroporation irréversible) | <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique |
| <input type="checkbox"/> Chimio embolisation | <input type="checkbox"/> Radiothérapie |
| | <input type="checkbox"/> Soins de confort |

Pour les propositions choisies uniquement, préciser la justification et/ou hiérarchisation si plusieurs propositions