

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)	
Hépto gastroentérologue(s) : <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" 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"/> pataya 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 : Sexe M/F/A : george 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 : ☐ 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) :

V5.30/01/2024

Cirrhose documentée : ☐ oui ☐ non

x

Arguments diagnostiques de cirrhose : ☐ clinique ☐ marqueurs non-invasifs ☐ imagerie ☐ biopsie

x

Gastroscopie : ☐ oui, date de la dernière : ☐ non

Varices œsophagiennes/gastriques : ☐ Non recherchées ☐ Absentes ☐ Présentes, grade des VO :

x

Ascite : ☐ Absente ☐ Modérée ☐ Abondante

☐ Pas d'ascite clinique mais visible en imagerie ☐ Pas d'ascite actuellement mais ATCD d'ascite

x

Encéphalopathie : ☐ oui ☐ non Si oui, date du diagnostic :

En cas de surconsommation alcoolique : Sevrage alcoolique

X 2.82

☐ OUI, depuis combien de temps : ☐ NON, consommation actuelle d'alcool : ... g/jour

Histoire de la maladie/traitement du CHC

Date du diagnostic de CHC :

24-10-2022

x

Prouvé histologiquement ☐ oui ☐ non

Traitements 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

☐ Chirurgie ☐ Destruction percutanée (radiofréquence, micro-onde, électroporation irréversible) x

☐ Chimio embolisation ☐ Radio embolisation ☐ Radiothérapie

Type d'intervention Nombre de cures :

01-08-2022 Radio embolisation 9

Date de la dernière intervention : Localisation : Taille :

30-04-2020 ici 2.12 cm

Information complémentaire :

ceci est une info

Type d'intervention Nombre de cures :

Date de la dernière intervention : Localisation : Taille :

Information complémentaire :

Type d'intervention Nombre de cures :

Date de la dernière intervention : Localisation : Taille :

Information complémentaire :

Traitements systémiques

Nombre de lignes : ...

Ligne Type Date de début Date de fin Motif arrêt

le Type 30-01-2021 30-06-2023 était malade

1

le Type 13-05-2021 07-02-2023 était malade

2

3

x

Soins de confort : ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser :

un coussin

Clinique

Poids : Taille : ECOG :

74 Kg 1.67 m ne sait pas

Données biologiques de moins de 4 semaines :

Bilirubine totale : µmol/L Créatinine :µmol/L Albumine :g/L 4.67 0.54 0.05

Plaquettes :G/L TP :%

2.22 3.21

INR :

3.47

x
patient sous AVK ou AOD ☐

29.25 2.77

Facteur V :% Alpha-foetoprotéine :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 ?

x

☐ OUI, quel que soit le traitement proposé ☐ NON, quel que soit le traitement proposé☐ NON pour ces traitements : *préciser les traitements que l'adresseur souhaite réaliser*S'il est éligible pour un essai thérapeutique, souhaitez-vous qu'il en bénéficie ? OUI ☐ NON ☐

x

Information du patient après la RCP

Habituellement, il appartient au médecin adresseur 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 :

x

☐ 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)**

- ☐ Transplantation
- ☐ Exérèse chirurgicale : *préciser le type d'intervention*
- ☐ Destruction percutanée (radiofréquence, micro-onde, électroporation irréversible)
- ☐ Chimio embolisation

- ☐ Radio embolisation
- ☐ Traitement systémique
- ☐ Essai thérapeutique
- ☐ Radiothérapie
- ☐ Soins de confort

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