

Fiche de synthèse RCP AP-HP Hépatite C

Recto : à compléter par le médecin demandeur avant passage en RCP

Date de la demande :	Médecin prescripteur :	Numéro de fax : Hôpital :
----------------------	------------------------	------------------------------

Nom et prénom :

Date de naissance : Homme Femme

Médecin traitant :

Maladie virale :

Génotype du VHC : 1a 1b 2 3 4 5 6 autre : ARN du VHC (UI/mL) : (Log) :

Mode de contamination (et année) : Date de la première sérologie HCV+ :

Maladie hépatique :

Cirrhose oui non

Fibroscan (kPa) : Fibrotest : Fibromètre : PBH (date :) : A F

Endoscopie oui non Date : Varices œsophagiennes oui non Grade :CHC oui non Ascite oui nonPatient sur liste d'attente de greffe oui non Greffe hépatique oui non Date :

Manifestations extrahépatiques :

Cryoglobulinémie oui non Vascularite oui non Lymphome B associé oui non

Co-morbidités :

Taille (m) : Poids (kg) : Diabète oui nonAlcool : verres/semaine Usage de drogues en cours oui nonInfection VHB oui non Dialyse oui non Greffe rénale oui non Date :Infection VIH oui non CD4 (mm³) : ARN VIH (UI/mL) :

Traitement anti-VIH :

Autre traitement habituel :

Bilan biologique :

ASAT (UI/L)	Bilirubine totale (µmol/L)	Hémoglobine (g/dL)
ALAT (UI/L)	Plaquettes (G/L)	Polynucléaires Neutrophiles (G/L)
GGT (UI/L)	TP (%)	Clairance créatinine (mL/min)
Albumine (g/L)	Score de Child	Score de MELD

Statut thérapeutique de la maladie : Non traitée antérieurement Déjà traitée*

*Traitements déjà réalisés :

	Durée (semaines)	Réponse
PEG-IFN + ribavirine		
Inhibiteur de protéase + PEG-IFN + ribavirine		
Inhibiteur de NS5B + ribavirine		
Inhibiteur NS5B + PEG-IFN + ribavirine		
Inhibiteur NS5B + inhibiteur NS5A		
Inhibiteur NS5B + inhibiteur protéase		
Autre :		

Proposition de prise en charge

 Surveillance Nécessité d'examen complémentaires Mise sous traitement

Mise sous traitement

 Application du référentiel Traitement hors référentiel Essai thérapeutique

Médicament(s) proposé(s) : Posologie(s) : Durée(s) :

Accompagnement (éducation thérapeutique, soutien social...) :

--

Verso à photocopier et à remettre au malade comme justificatif de RCP en vue de la dispensation par la pharmacie à usage intérieur de l'hôpital

Nom et prénom :	
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme

RCP « locale » ou « pôle de référence »		
Hôpital :		
Personnes présentes à la RCP et disciplines représentées*		
Hépatologue :	Infectiologue :	
Virologue :	Interniste :	
Pharmacien :	Autre :	
Proposition de prise en charge par RCP		
<input type="checkbox"/> Surveillance	<input type="checkbox"/> Nécessité d'examens complémentaires	<input type="checkbox"/> Mise sous traitement
Mise sous traitement		
<input type="checkbox"/> Application du référentiel	<input type="checkbox"/> Traitement hors référentiel	<input type="checkbox"/> Essai thérapeutique
Médicament(s) proposé(s) :	Posologie(s) :	Durée(s) :
Accompagnement (éducation thérapeutique, soutien social...) :		

Validation pôle de référence	
Hôpital :	Nom du médecin et signature :
Date :	

A l'occasion du premier renouvellement à 28 jours sera réalisé à minima :
 - le suivi de la charge virale
 - un échange avec le professionnel en charge de l'éducation thérapeutique

Cadre réservé à la pharmacie dans le cadre du suivi de la dispensation***

* au moins 3 disciplines représentées parmi : hépatologie, infectiologie, médecine interne, virologie, pharmacie

** Conserver un exemplaire dans le dossier du malade et un autre par le secrétariat de la RCP pôle de référence Hépatite C

*** Conserver à minima une copie du verso comme justificatif de tenue du RCP pôle de référence Hépatite C à la pharmacie