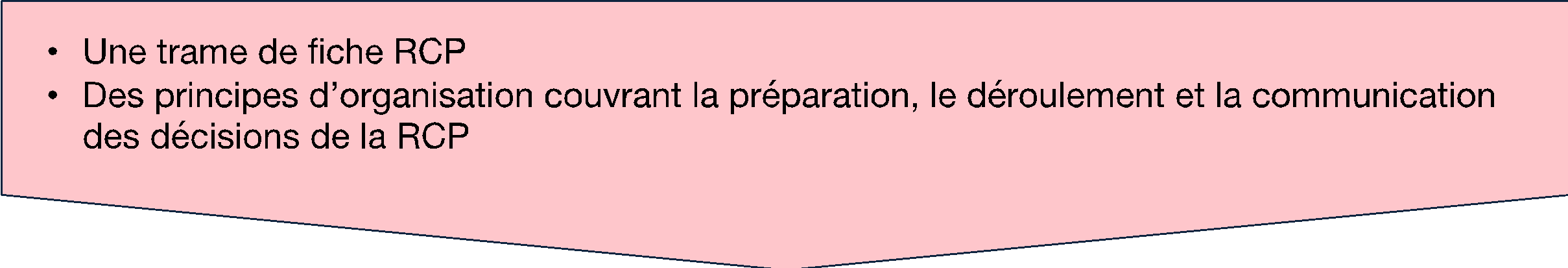
**Objectif : Favoriser l’accès du patient à la prise en charge optimale en conformité avec les référentiels**

* Sécuriser la collecte des informations pour minimiser les délais de décision lors de la RCP
* Faciliter une prise de décision optimale en RCP
* Fluidifier la communication
  + Diffuser la décision prise en RCP auprès de l’adresseur, du médecin traitant…
  + Clarifier qui fait quoi avant la RCP et après la RCP
  + Clarifier qui informe le patient
* Assurer un suivi longitudinal du patient
* Contribuer à l’éducation des adresseurs





**FICHE RCP CHC DE *« NOM DE L’ETABLISSEMENT »***

**A compléter et à envoyer à *« Adresse électronique du secrétariat du centre expert »* avec si possible un bilan biologique récent (de moins de 4 semaines), et une imagerie de moins de 6 semaines**

**Présentation en RCP le *« jour de la semaine »* 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)** | | |
| Hépato gastroentérologue(s) :  ❑ …………………………………  ❑ …………………………………  Oncologue(s) :  ❑ …………………………………  ❑ …………………………………  Radiologue(s) interventionnel(s) :  ❑ …………………………………  ❑ …………………………………  Chirurgien(s) :  ❑ …………………………………  ❑ ………………………………… | | Radiothérapeute(s) :  ❑ …………………………………  ❑ …………………………………  Anatomopathologiste(s) :  ❑ …………………………………  ❑ …………………………………  Radiologue(s) diagnostique(s) :  ❑ …………………………………  ❑ …………………………………  Infirmier-e(s) :  ❑ …………………………………  ❑ ………………………………… |

| **Patient**  Nom d’usage (Marital) :  Nom de naissance :  Prénom :  Sexe M/F/A :  Date de naissance : | 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**  ❑ 1ère présentation ❑ Dossier déjà discuté en RCP le …………………………………  Motif de présentation : ❑ décision de traitement ❑ avis diagnostic ❑ ajustement thérapeutique ❑ surveillance après traitement |
| --- |

| **ATCD**  Diabète, cardiovasculaires, autres comorbidités notables : |
| --- |
| Principaux traitement(s) en cours (préciser si traitement antiviral) : |
| Cirrhose documentée : ❑ oui ❑ non  Arguments diagnostiques de cirrhose : ❑ clinique ❑ marqueurs non-invasifs ❑ imagerie ❑ biopsie  Gastroscopie : ❑ oui, date de la dernière : ❑ non  Varices 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’ascite |
| Encéphalopathie : ❑ oui ❑ non Si oui, date du diagnostic : |
| En cas de surconsommation alcoolique : Sevrage alcoolique  ❑ OUI, depuis combien de temps : ❑ NON, consommation actuelle d’alcool : … g/jour |

| **Histoire de la maladie/traitement du CHC**  Date du diagnostic de CHC :  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)  ❑Chimio embolisation ❑Radio embolisation ❑Radiothérapie | | --- | --- | |  | *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 :* | |  | *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 | | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  |   Soins de conforts : ❑ oui ❑ non  Si oui, préciser : |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

| **Clinique**  Poids : Taille : ECOG : |
| --- |

| **Données biologiques de moins de 4 semaines :**   | Bilirubine totale : ……. µmol/L | Créatinine : ………µmol/L | Albumine : ………………g/L | | --- | --- | --- | | Plaquettes : ………G/L | TP : …………………%  patient sous AVK ou AOD ❑ | INR : | | Facteur V : …………….% | Alpha-foetoprotéine : ……………ng/mL |  | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

| **Imagerie**  TDM thoraco-abdominal et si possible IRM hépatique, dates des examens de moins de 6 semaines : |
| --- |

| **Classification (Optionnel)** Les scores MELD et Child-Pugh seront calculés lors de la RCP CHC |
| --- |

| **Description histologique :** Date biopsie (compte rendu à joindre) : |
| --- |

| **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’adresseur souhaite réaliser*  S’il est éligible pour un essai thérapeutique, souhaitez-vous qu’il en bénéfice ? OUI ❑ NON ❑ |
| --- |

| **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 :  ❑ OUI, et j’ai prévenu le patient qu’il sera contacté par un autre centre ❑ NON  Si 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 | |

**PRINCIPES D’ORGANISATION DE LA RCP CHC**

Une image contenant texte, capture d’écran, conception

Description générée automatiquement