

RCP Maladie de Willebrand

*« Je déclare avoir recueilli le consentement oral de mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et l’avoir informé que ses données de santé seront gérées via un site sécurisé et seront partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique »*

|  |  |
| --- | --- |
| Médecin prescripteur | |
| **Médecin présentateur du dossier lors de la RCP** (Nom, prénom) |  |
| **Médecin responsable du suivi du patient** (Nom, prénom) |  |
| **Adresse postale ou messagerie sécurisée de santé *pour envoi du Compte-rendu de RCP* \*** |  |
| **Téléphone *du médecin qui présentera le dossier* \*** |  |
| **Date de la demande** |  |

*\*tous les champs marqués par \* sont obligatoires. Si l’une de ces informations est manquante, le patient ne pourra être inscrit.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Patient | | | |
| **Nom de naissance\*** |  | **Date de naissance\*** |  |
| **Nom d’usage** |  | **Sexe\*** | F M |
| **Prénom\*** |  | **Groupe Sanguin** | A B AB O |
| **Poids** | kg | **IMC** |  |
| **Taille** | cm |

|  |  |
| --- | --- |
| Maladie de Willebrand | |
| **Type** | MW constitutionnelle :  Type 1  Type 2A  Type 2B  Type 2M  Type 2N  Type 3  NC /indéterminé  MW acquise  Dysglobulinémie monoclonale  Valvulopathie cardiaque  SMP  autre |
| **Année du diagnostic** |  |
| **Circonstances de diagnostic** | Fortuit  Hémorragies  Etude familiale |
| **Score ISTH BAT** | Score :Date de recueil (jour/mois/année) : |
| **Inclus au CRMW** | Oui  Non |
| **Bilan biologique hors prophylaxie et hors grossesse** | FVIII:C  % VWF :Ag  % VWF :Act  % VWF :CB  %  RIPA 0.2-0.7 mg/ml :  Positive  NégativeNumération Plaquettaire: G/l  Multimères VWF :  Biologie Moléculaire :  Anti VWF :  Oui  Non **Si oui remplissez la feuille spécifique VWD et allo anticorps**  Autre : |
| **Antécédents familiaux** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Eléments Cliniques, Biologiques et Radiographiques Pertinents | |
| **Antécédents personnels** (médicaux hors MW, chirurgicaux) y compris infections virales guéries |  |
| **Traitements actuels**  (hors MW, dont anti thrombotiques) |  |
| **Situation clinique actuelle** |  |
| **Examens biologiques pertinents** |  |
| **Imagerie** |  |
| **Régime thérapeutique actuel de la MW** | **A la demande**  Date du dernier traitement (jour/mois/année) :  Circonstances du dernier traitement :  Produit : ☐ desmopressine ☐ concentré :  **Prophylaxie**  Date de début de prophylaxie (jour/mois/année) :  Raison ayant conduit à sa mise en place :  Produit :  Précisez dose/injection :  Précisez nombre d’injections /semaine : |
| **Traitements transfusionnels (PSL) réguliers dans l’année précédente** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Demande à la RCP | |
| **Avis demandé\*** | **Diagnostique** **Thérapeutique** **Partage d’expérience** |
| **Question posée\*** |  |
| **Niveau d’urgence\*** | **Urgent**, raison :  **Non urgent** |

|  |  |
| --- | --- |
| Avis de la RCP | |
| **Médecins experts présents (Nom Prénom Spécialité)** |  |
| **Réponse** |  |