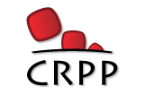
S:\HEMOPHILIE\Filière MHEMO\LOGOS\MHEMO - interlude Santé\MHEMO_logo_02.png   

RCP Hémorragies digestives

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

|  |  |
| --- | --- |
| Médecin prescripteur | |
| **Médecin prescripteur de la RCP** (Nom, prénom) | Dr/Pr Nom Prénom |
| **Médecin responsable du suivi du patient** (Nom, prénom) | Dr/Pr Nom Prénom |
| **Adresse postale ou messagerie sécurisée de santé *pour envoi du Compte-rendu de RCP* \*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Téléphone portable *du médecin qui présentera le dossier* \*** | \_ \_. \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ |
| **Date de la demande** | jour/mois/année |

\**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\*** | Nom de naissance | | | **Date de naissance\*** | jour/mois/année |
| **Nom d’usage** | Nom d’usage | | | **Lieu de Naissance\***  (indiquez la « Ville » si naissance en France, le « Pays » si naissance à l’étranger) | Lieu de naissance |
| **Prénom\*** | Prénom | | | **Sexe\*** |  |
| **Poids** | \_ \_ \_ , \_ kg | | | **Groupe Sanguin** | A B AB O |
| **Taille** | \_ \_ \_cm | | | **PAC en cours** | date d’implantation : jour/mois/année |
| **Antécédents familiaux** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Antécédents personnels** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Traitements actuels (dont Agent Anti Plaquettaire, AINS, Anticoagulant)** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| Maladie de Willebrand | | | | | | |
| **Type** | | MW constitutionnelle :  Type 1  Type 2A  Type 2B  Type 2M  Type 2N  Type 3  NC  MW acquise  Dysglobulinémie monoclonale  Valvulopathie cardiaque  SMP  autre | | | | |
| **Année de diagnostic** | | Année | | | | |
| **Score ISTH BAT** | | Score | | | | |
| **Bilan biologique hors prophylaxie** | | FVIII:C Valeur % VWF :Ag Valeur % VWF :Act Valeur % VWF :CB Valeur %  RIPA 0.2-0.7 mg/ml Positive Négative  Multimères VWF : Cliquez ici pour taper du texte.  Biologie Moléculaire : Cliquez ici pour taper du texte.  Autre : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Thrombasthénie de Glanzmann | |
| **Type** | Type I  Type II  Variant |
| **Symptomatologie hémorragique majeure présentée** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Anticorps anti Plaquettaire** | Date de la dernière transfusion plaquettaire : jour/mois/année ☐ ND ☐ Jamais transfusé  Antécédents d’anticorps anti plaquettaire :  Oui  Non  Type :  Anti HLA  Anti GPIIb/IIIa  Date de mise en évidence : jour/mois/année  Efficacité transfusionnelle :  Oui  Non |
| **Bilan biologique** | Biologie Moléculaire : Cliquez ici pour taper du texte.  Anticorps anti-HLA : Positif Négatif  Date : jour/mois/année  Anticorps anti-GP IIb/IIIa : Positif Négatif  Date : jour/mois/année  Autre : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Hemophilie | |
| **Type** | Hémophilie A :  Sévère (<1%)  Modérée (1-5%)  Mineure (>5-40%)  Hémophilie B :  Sévère (<1%)  Modérée (1-<5%)  Mineure (>5-40%) |
| **Année de diagnostic** | Année |
| **Bilan biologique hors traitement substitutif** | Facteur de coagulation : FVIII:C Chrono Valeur % FVIII:C Chromo Valeur % FIX:C Valeur %    Dosage Willebrand : VWF:RCo Valeur % VWF: Ag Valeur % |
| **Présence d’un anticorps\*** | Antécédent d’un inhibiteur ? ☐ Oui ☐ Non  *Si inhibiteur positif ou antécédent :*  Statut actuel de l’inhibiteur : ☐ Disparu ☐ Présent ☐ ND  Titre actuel de l’inhibiteur : Valeur UB/mL Date du titre actuel inhibiteur : jour/mois/année  Titre maximum de l’inhibiteur : Valeur UB/mL Date du titre maximum inhibiteur : jour/mois/année |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hémorragies digestives récurrentes | | |
| **Episode 1** | **Date de début/de fin** | Début : jour/mois/année Fin : jour/mois/année |
| **Nature de l’épisode** | Déglobulisation  Hématémèse  Méléna  Rectorragie |
| **Thérapeutique à visée hémostatique** (produit, durée en jours, nombre d’injections, quantité totale perfusée par épisode) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Explorations** (Fibroscopie, coloscopie, vidéocapsule) **et traitements locaux** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nombre de CGR transfusés** | Nombre |
| **Nombre de CPA/MCP transfusés** | Nombre |
| **Episode 2** | **Date de début/de fin** | Début : jour/mois/année Fin : jour/mois/année |
| **Nature de l’épisode** | Déglobulisation  Hématémèse  Méléna  Rectorragie |
| **Thérapeutique à visée hémostatique** (produit, durée en jours, nombre d’injections, quantité totale perfusée par épisode) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Explorations** (Fibroscopie, coloscopie, vidéocapsule) **et traitements locaux** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nombre de CGR transfusés** | Nombre |
| **Nombre de CPA/MCP transfusés** | Nombre |
| **Episode 3** | **Date de début/de fin** | Début : jour/mois/année Fin : jour/mois/année |
| **Nature de l’épisode** | Déglobulisation  Hématémèse  Méléna  Rectorragie |
| **Thérapeutique à visée hémostatique** (produit, durée en jours, nombre d’injections, quantité totale perfusée par épisode) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Explorations** (Fibroscopie, coloscopie, vidéocapsule) **et traitements locaux** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nombre de CGR transfusés** | Nombre |
| **Nombre de CPA/MCP transfusés** | Nombre |
| **Episode 4** | **Date de début/de fin** | Début : jour/mois/année Fin : jour/mois/année |
| **Nature de l’épisode** | Déglobulisation  Hématémèse  Méléna  Rectorragie |
| **Thérapeutique à visée hémostatique** (produit, durée en jours, nombre d’injections, quantité totale perfusée par épisode) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Explorations** (Fibroscopie, coloscopie, vidéocapsule) **et traitements locaux** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nombre de CGR transfusés** | Nombre |
| **Nombre de CPA/MCP transfusés** | Nombre |
| **Episode 5** | **Date de début/de fin** | Début : jour/mois/année Fin : jour/mois/année |
| **Nature de l’épisode** | Déglobulisation  Hématémèse  Méléna  Rectorragie |
| **Thérapeutique à visée hémostatique** (produit, durée en jours, nombre d’injections, quantité totale perfusée par épisode) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Explorations** (Fibroscopie, coloscopie, vidéocapsule) **et traitements locaux** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nombre de CGR transfusés** | Nombre |
| **Nombre de CPA/MCP transfusés** | Nombre |

|  |  |
| --- | --- |
| **Si épisodes supplémentaires, décrire chaque épisode en précisant : Date début et fin, nature, thérapeutique à visée hémostatique, exploration, nombre de CGR/CPA/MCP transfusés,** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Explorations digestives hors épisodes hémorragiques | | |
| **Exploration 1** | **Date** | jour/mois/année |
| **Type** | Fibroscopie  coloscopie  vidéocapsule  entéroscanner  Recherche *H. pylori :* oui  non  type : Cliquez ici pour taper du texte.  Qualité de la préparation : Cliquez ici pour taper du texte.  Caractère complet de l’examen : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Résultat** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitement local** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Exploration 2** | **Date** | jour/mois/année |
| **Type** | Fibroscopie  coloscopie  vidéocapsule  entéroscanner  Recherche *H. pylori :* oui  non  type : Cliquez ici pour taper du texte.  Qualité de la préparation : Cliquez ici pour taper du texte.  Caractère complet de l’examen : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Résultat** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitement local** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Exploration 3** | **Date** | jour/mois/année |
| **Type** | Fibroscopie  coloscopie  vidéocapsule  entéroscanner  Recherche *H. pylori :* oui  non  type : Cliquez ici pour taper du texte.  Qualité de la préparation : Cliquez ici pour taper du texte.  Caractère complet de l’examen : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Résultat** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitement local** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Exploration 4** | **Date** | jour/mois/année |
| **Type** | Fibroscopie  coloscopie  vidéocapsule  entéroscanner  Recherche *H. pylori :* oui  non  type : Cliquez ici pour taper du texte.  Qualité de la préparation : Cliquez ici pour taper du texte.  Caractère complet de l’examen : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Résultat** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitement local** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Exploration 5** | **Date** | jour/mois/année |
| **Type** | Fibroscopie  coloscopie  vidéocapsule  entéroscanner  Recherche *H. pylori :* oui  non  type : Cliquez ici pour taper du texte.  Qualité de la préparation : Cliquez ici pour taper du texte.  Caractère complet de l’examen : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Résultat** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitement local** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Si explorations supplémentaires, décrire chaque exploration en précisant : Date, type, résultat, traitement local** | | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Prophylaxie et traitements complémentaires | |
| **Prophylaxie** | |
| **Régime thérapeutique n°1** | Produit : Traitement  Date de début : jour/mois/année Fin : jour/mois/année  Dose administrée (UI/kg/sem) : Valeur UI/kg/sem Rythme : Rythme  Indication : Indication  Cause du changement si évolution du schéma thérapeutique : Absence de récidive  Persistance HD  persistance besoins transfusionnels  manque d’observance |
| **Régime thérapeutique n°2** | Produit : Traitement  Date de début : jour/mois/année Fin : jour/mois/année  Dose administrée (UI/kg/sem) : Valeur UI/kg/sem Rythme : Rythme  Indication : Indication  Cause du changement si évolution du schéma thérapeutique : Absence de récidive  Persistance HD  persistance besoins transfusionnels  manque d’observance |
| **Régime thérapeutique n°3** | Produit : Traitement  Date de début : jour/mois/année Fin : jour/mois/année  Dose administrée (UI/kg/sem) : Valeur UI/kg/sem Rythme : Rythme  Indication : Indication  Cause du changement si évolution du schéma thérapeutique : Absence de récidive  Persistance HD  persistance besoins transfusionnels  manque d’observance |
| **Régime thérapeutique n°4** | Produit : Traitement  Date de début : jour/mois/année Fin : jour/mois/année  Dose administrée (UI/kg/sem) : Valeur UI/kg/sem Rythme : Rythme  Indication : Indication  Cause du changement si évolution du schéma thérapeutique : Absence de récidive  Persistance HD  persistance besoins transfusionnels  manque d’observance |
| **Régime thérapeutique supplémentaires** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitement complémentaire** | |
| **1ère ligne** | Octréotide  Thalidomide  Lénalidomide  Simvastatine  Bevacizumab  Danazol  Oestroprogestatif Autre Cliquez ici pour taper du texte.  Date de début : jour/mois/année Fin : jour/mois/année  Dose : Dose Unité : Unité  Motif d’interruption : Motif. |
| **2ème ligne** | Octréotide  Thalidomide  Lénalidomide  Simvatatine  Bevacizumab  Danazol  Oestroprogestatif  Autre Cliquez ici pour taper du texte.  Date de début : jour/mois/année Fin : jour/mois/année  Dose : Dose Unité : Unité  Motif d’interruption : Motif. |
| **3ème ligne** | Octréotide  Thalidomide  Lénalidomide  Simvatatine  Bevacizumab  Danazol  Oestroprogestatif  Autre Cliquez ici pour taper du texte.  Date de début : jour/mois/année Fin : jour/mois/année  Dose : Dose Unité : Unité  Motif d’interruption : Motif. |
| **4ème ligne** | Octréotide  Thalidomide  Lénalidomide  Simvatatine  Bevacizumab  Danazol  Oestroprogestatif  Autre Cliquez ici pour taper du texte.  Date de début : jour/mois/année Fin : jour/mois/année  Dose : Dose Unité : Unité  Motif d’interruption : Motif. |
| **Ligne supplémentaire** (précisez : traitement, posologie, date de début et de fin et motif d’interruption) | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Support transfusionnel et supplémentation martiale | |
| **Support transfusionnel** (précisez nombre de cures et nombre de produits  par cure) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Supplémentation martiale**  (précisez nombre de cures PO et IV, produit, posologie) | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Demande à la RCP | |
| **Avis demandé\*** | **Diagnostique** **Thérapeutique** **Autre** |
| **Niveau d’urgence\*** | **Urgent**  **Non urgent** |
| **Question à poser\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Eléments pertinents du contexte** (avis du patient, ressources locales…) | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Avis de la RCP | |
| **Médecins experts présents (Nom Prénom Spécialité)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Réponse** | Cliquez ici pour taper du texte. |