

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\*** | 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\*** | F M |
| **Poids** | \_ \_ \_ , \_ kg | **Groupe Sanguin** | A B AB O |
| **Taille** | \_ \_ \_ cm | **IMC** | \_ \_ |

|  |  |
| --- | --- |
| 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** |
| **Observatoire du médicament en cas de prescription d’une spécialité pharmaceutique hors AMM** | **Nom de spécialité pharmaceutique hors AMM préconisée** : Cliquez ici pour taper du texte.  Dose à administrer : Valeur  Unité (UI, U, mg…) : Cliquez ici pour taper du texte.  Rythme : Rythme  Voie d'administration : Cliquez ici pour taper du texte.  **Nature du traitement** :  ☐ curatif/à la demande ☐ prophylaxie long terme (>6 mois)  ☐ prophylaxie court terme (<6 mois) ☐ prophylaxie péri procédurale  **Existence d'alternative ayant l'AMM dans l'indication considérée** :  ☐ Oui ☐ Non ☐ pas d'accès aux essais cliniques  Si oui, quelle alternative ? Cliquez ici pour taper du texte.  **Justification clinique de l’usage d’une spécialité pharmaceutique hors AMM** : Cliquez ici pour taper du texte.  **Suivi dans registre FranceCoag** : ☐ Oui ☐ Non  **Références bibliographiques proposées** (littérature scientifique, recommandations de sociétés savantes ou de la HAS, PNDS, clinicaltrials.gov...) et/ou **données disponibles** (données préliminaires d’essais cliniques en vue d’un accès précoce ou compassionnel éventuel) : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Avis de la RCP | |
| **Médecins experts présents (Nom Prénom Spécialité)** |  |
| **Observatoire du médicament**  **Prescription d’une spécialité pharmaceutique hors AMM** | **Avis favorable de la RCP** pour la **prescription d’une spécialité pharmaceutique hors AMM** :  ☐ Oui ☐ Non  **Prescription hors-AMM validée** par le **pharmacien référent** de l’observatoire du médicament :  ☐ Oui ☐ Non  **Nom de spécialité pharmaceutique hors AMM retenue** : Cliquez ici pour taper du texte.  Dose à administrer : Valeur Unité (UI, U, mg…) : Cliquez ici pour taper du texte.  Rythme : Rythme Voie d'administration : Cliquez ici pour taper du texte.  **Antériorité de la pratique au sein de MHEMO** : Cliquez ici pour taper du texte.  **Références bibliographiques retenues** et/ou **données disponibles retenues** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Réponse** |  |