 

RCP Déficits rares

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

|  |  |
| --- | --- |
| Caractéristiques du Déficit rare en facteurs de la coagulation | |
| **Type\*** | Afibrinogénémie  Hypofibrinogénémie  Dysfibrinogénémie  Déficit en facteur II  Déficit en facteur V  Déficit en facteur VII  Déficit en facteur X  Déficit en facteur XI  Déficit en facteur XIII  Déficit combiné des FV et VIII  Déficit combiné des facteurs vitamino-k dépendants (II, VII, IX, X)  Déficit en FVII+FX  Déficit en α2 antiplasmine |
| **Année de diagnostic** | Année |
| **Mutation génétique** | Mutation génétique |
| **Bilan biologique hors traitement substitutif** | Taux plasmatique en facteur déficient du patient :  Nom du facteur : Nom du facteur Valeur : Valeur %  Nom du facteur : Nom du facteur Valeur : Valeur %  Nom du facteur : Nom du facteur Valeur : Valeur %  Nom du facteur : Nom du facteur Valeur : Valeur % |
| **Traitement actuel** | Traitement substitutif par : Traitement substitutif  ☐ Prophylaxie ☐ A la demande  Dose administrée (habituellement utilisée) : Valeur UI/g Rythme : Rythme  Traitement non-substitutif : Traitement non-substitutif  Dose administrée : Valeur Schéma de traitement : Schéma |

|  |  |
| --- | --- |
| Eléments Cliniques, Biologiques et Radiographiques | |
| **Antécédents personnels en lien avec la pathologie** (médicaux, chirurgicaux) y compris infections virales guéries | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Comorbidités et informations cliniques pertinentes** (examen, date et résultat) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Infections en cours** | ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez :  **HIV**  **Hépatite B**  **Hépatite C**  **Autre :** Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Antécédents familiaux** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitements actuels**  (hors déficit) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Prise en charge déjà réalisée** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Examens biologiques pertinents**  (marqueurs, valeurs +date) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Imagerie**  (type, résultats, date) | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Demande à la RCP | |
| **Avis demandé\*** | **Diagnostique** **Thérapeutique**  **Autre** |
| **Question posée\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Niveau d’urgence\*** | **Urgent**, raison :Cliquez ici pour taper du texte.  **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** |  |