   

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 mail *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 acquiseDysglobulinémie 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 transfuséAntécédents d’anticorps anti plaquettaire : [ ]  Oui [ ]  Non Type : [ ]  Anti HLA [ ]  Anti GPIIb/IIIa Date de mise en évidence : jour/mois/annéeEfficacité transfusionnelle : [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Bilan biologique**  | Biologie Moléculaire : Cliquez ici pour taper du texte.Anticorps anti-HLA : Positif[ ]  Négatif [ ]  Date : jour/mois/annéeAnticorps anti-GP IIb/IIIa : Positif[ ]  Négatif [ ]  Date : jour/mois/annéeAutre : 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 ☐ NDTitre actuel de l’inhibiteur : Valeur UB/mL Date du titre actuel inhibiteur : jour/mois/annéeTitre 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/annéeDose administrée (UI/kg/sem) : Valeur UI/kg/sem Rythme : RythmeIndication : 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/annéeDose administrée (UI/kg/sem) : Valeur UI/kg/sem Rythme : RythmeIndication : 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/annéeDose administrée (UI/kg/sem) : Valeur UI/kg/sem Rythme : RythmeIndication : 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/annéeDose administrée (UI/kg/sem) : Valeur UI/kg/sem Rythme : RythmeIndication : 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** | [x]  Octréotide [ ]  Thalidomide [ ]  Lénalidomide [ ]  Simvastatine  [ ]  Bevacizumab [ ]  Danazol [ ]  Oestroprogestatif[ ]  Autre Cliquez ici pour taper du texte.Date de début : jour/mois/année Fin : jour/mois/annéeDose : Dose Unité : UnitéMotif d’interruption : Motif. |
| **2ème ligne** | [x]  Octréotide [ ]  Thalidomide [ ]  Lénalidomide [ ]  Simvatatine [ ]  Bevacizumab [ ]  Danazol [ ]  Oestroprogestatif[ ]  Autre Cliquez ici pour taper du texte.Date de début : jour/mois/année Fin : jour/mois/annéeDose : Dose Unité : UnitéMotif d’interruption : Motif. |
| **3ème ligne** | [x]  Octréotide [ ]  Thalidomide [ ]  Lénalidomide [ ]  Simvatatine [ ]  Bevacizumab [ ]  Danazol [ ]  Oestroprogestatif[ ]  Autre Cliquez ici pour taper du texte.Date de début : jour/mois/année Fin : jour/mois/annéeDose : Dose Unité : UnitéMotif d’interruption : Motif. |
| **4ème ligne** | [x]  Octréotide [ ]  Thalidomide [ ]  Lénalidomide [ ]  Simvatatine [ ]  Bevacizumab [ ]  Danazol [ ]  Oestroprogestatif[ ]  Autre Cliquez ici pour taper du texte.Date de début : jour/mois/année Fin : jour/mois/annéeDose : Dose Unité : UnitéMotif 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. |