 

RCP Thérapie Génique de l’Hémophilie

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

|  |
| --- |
| Hémophilie |
| **Type\*** | Hémophilie A : [ ]  Sévère (<1%) [ ]  Modérée (1-5%) Hémophilie B : [ ]  Sévère (<1%) [ ]  Modérée (1-<5%)  |
| **Année de diagnostic** | Année |
| **Régime thérapeutique avant thérapie génique** | Traitement substitutif par : Traitement substitutif ☐ Prophylaxie ☐ A la demande Dose administrée (habituellement utilisée) : Valeur UI Rythme : RythmeTraitement 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 virales (en cours, traitées, guéries..)** | ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : [ ]  **HIV** [ ]  **Hépatite B** [ ]  **Hépatite C** [ ]  **Autre :** Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Antécédents familiaux notables** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitements actuels** (hors hémophilie) | 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** (Echographie hépatique et fibroscan, autre(s) , résultats, date) | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| Demande à la RCP |
| **Avis demandé\*** | [ ] Avis Pré-TG [ ] **Avis Post-TG (1ère année)** [ ]  **Avis Post-TG (après la 1ère année)** |
| **Question posée\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Niveau d’urgence\*** | [ ]  **Urgent**, raison :Cliquez ici pour taper du texte.[ ]  **Non urgent** |

|  |
| --- |
| 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 innovante en accès direct : ☐ Oui ☐ Non**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** |  |