

RCP nationale Cancer et VIH

Sexe ⁽¹⁾ : Choisissez un élément. Pays de résidence : France <input type="checkbox"/> Autre : Département de domicile :	Mois et année de naissance ⁽¹⁾ : /...../..... Commune de naissance : Pays de naissance :
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Taille :cm Poids :kg IMC (kg/m²) :

Centre de prise en charge VIH	Centre de prise en charge Oncologie
Etablissement :	Etablissement :
Service :	Service :
COREVIH :	Médecin(s) référent(s) Oncologie :
Médecin(s) référent(s) VIH :	Tél. :
Tél. :	Email :@.....
Email :@.....	

Médecin généraliste : Dr Adresse :

Motif de la RCP.
 Avis thérapeutique Oncologie Avis thérapeutique VIH RCP de recours Autre :

Addictions	Comorbidités	
Fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur sevré > 1 an <input type="checkbox"/> PA : Non-fumeur <input type="checkbox"/> Autre intoxication (cannabis, cocaïne...) <input type="checkbox"/> Toxicomanie active <input type="checkbox"/> Alcoolisme <input type="checkbox"/> Alcoolisme sevré <input type="checkbox"/>	<p>Cardio Vasculaire HTA <input type="checkbox"/> Coronaropathie <input type="checkbox"/> AOMI <input type="checkbox"/></p> <p>Diabète <input type="checkbox"/></p> <p>Rénale Créatinine :µmol/L ClCr :mL/min (MDRD)</p>	<p>Hépatique VHC : PCR + <input type="checkbox"/> PCR - <input type="checkbox"/> Score de fibrose : F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4 <input type="checkbox"/> Si cirrhose : child A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> VHB : AgHBS+ <input type="checkbox"/> AgHBS- <input type="checkbox"/> AchBc isolé <input type="checkbox"/></p> <p>Sérologies CMV + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> non fait <input type="checkbox"/> Toxoplasme + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> non fait <input type="checkbox"/></p>

Cancers

Date du diagnostic cancer : <input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> Manifestation clinique <input type="checkbox"/> Autres	Phase de la maladie <input type="checkbox"/> Phase initiale <input type="checkbox"/> Rechute Nouveau cancer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Statut thérapeutique	Traitement(s) antérieur(s)
<input type="checkbox"/> Déjà traité <input type="checkbox"/> En cours de traitement <input type="checkbox"/> Non traité Début traitement : Classification T... N... M... I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Autre classification (ex FIGO) I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Abatherm <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Curiethérapie <input type="checkbox"/> Endoscopie interventionnelle <input type="checkbox"/> Hormonothérapie <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Radio-chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée <input type="checkbox"/> 131-Iode <input type="checkbox"/> Autres :

Siège de la tumeur primaire (code CIM ONCO) :

Localisation de la tumeur :

Histologie (anapath.) Code ADICAP :

⁽¹⁾ Obligatoire

Infection VIH

<p style="text-align: center;">Antécédents VIH</p> <p>Année diagnostic VIH :</p> <p>Date 1^{er} traitement ARV :</p> <p>Nadir CD4 :mm³</p> <p>Stade CDC : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Antécédents d'infections opportunistes : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Allergie aux sulfamides <input type="checkbox"/></p> <p>HLA B5701 + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> non fait <input type="checkbox"/></p> <p>Résistance : II <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> NNRTI <input type="checkbox"/></p> <p>Intolérance ARV :</p> <p>HLA tropisme : non fait <input type="checkbox"/> X4 <input type="checkbox"/> R5 <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/></p> <p>CD4 : /mm³ (date :))</p> <p>CV VIH : cp/mL (date :))</p> <p>Durée suppression virologique :</p> <p>Ratio CD4/CD8 :</p>	<p style="text-align: center;">Traitements ARV antérieurs</p> <p><input type="checkbox"/> NRTI <input type="checkbox"/> NNRTI <input type="checkbox"/> Inhibiteur de protéase <input type="checkbox"/> Inhibiteur d'intégrase <input type="checkbox"/> Inhibiteur CCR5 <input type="checkbox"/> Inhibiteur de fusion</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Traitement antirétroviral en cours oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Si oui, depuis :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">NRTI</th> <th style="width: 15%;">NNRTI</th> <th style="width: 15%;">Inhibiteur de protéase</th> <th style="width: 15%;">Inhibiteur d'intégrase</th> <th style="width: 15%;">Inhibiteur CCR5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tenofovir <i>Viread</i>®</td> <td><input type="checkbox"/> Nevirapine <i>Viramune</i>®</td> <td><input type="checkbox"/> Lopinavir <i>Kaletra</i>®</td> <td><input type="checkbox"/> Raltégravir <i>Isentress</i>®</td> <td><input type="checkbox"/> Maraviroc <i>Celsentri</i>®</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Truvada®</td> <td><input type="checkbox"/> Efavirenz <i>Sustiva</i>®</td> <td><input type="checkbox"/> Atazanavir <i>Reyataz</i>®</td> <td><input type="checkbox"/> Elvitégravir</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TAF®</td> <td><input type="checkbox"/> Rilpivirine <i>Edurant</i>®</td> <td><input type="checkbox"/> Darunavir <i>Prezista</i>®</td> <td><input type="checkbox"/> Dolutégravir <i>Tivicay</i>®</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abacavir <i>Ziagen</i>®</td> <td><input type="checkbox"/> Etravirine <i>Intence</i>®</td> <td><input type="checkbox"/> Ritonavir <i>Norvir</i>®</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kivexa®</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lamivudine <i>Epivir</i>®</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Emtricitabine <i>Emtriva</i>®</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Combinaisons <input type="checkbox"/> <i>Atripla</i>® <input type="checkbox"/> <i>Eviplera</i>® <input type="checkbox"/> <i>Stribild</i>® <input type="checkbox"/> <i>Triumeq</i>®</p> <p style="text-align: center;">Autre :</p>	NRTI	NNRTI	Inhibiteur de protéase	Inhibiteur d'intégrase	Inhibiteur CCR5	<input type="checkbox"/> Tenofovir <i>Viread</i> ®	<input type="checkbox"/> Nevirapine <i>Viramune</i> ®	<input type="checkbox"/> Lopinavir <i>Kaletra</i> ®	<input type="checkbox"/> Raltégravir <i>Isentress</i> ®	<input type="checkbox"/> Maraviroc <i>Celsentri</i> ®	<input type="checkbox"/> Truvada®	<input type="checkbox"/> Efavirenz <i>Sustiva</i> ®	<input type="checkbox"/> Atazanavir <i>Reyataz</i> ®	<input type="checkbox"/> Elvitégravir		<input type="checkbox"/> TAF®	<input type="checkbox"/> Rilpivirine <i>Edurant</i> ®	<input type="checkbox"/> Darunavir <i>Prezista</i> ®	<input type="checkbox"/> Dolutégravir <i>Tivicay</i> ®		<input type="checkbox"/> Abacavir <i>Ziagen</i> ®	<input type="checkbox"/> Etravirine <i>Intence</i> ®	<input type="checkbox"/> Ritonavir <i>Norvir</i> ®			<input type="checkbox"/> Kivexa®					<input type="checkbox"/> Lamivudine <i>Epivir</i> ®					<input type="checkbox"/> Emtricitabine <i>Emtriva</i> ®				
NRTI	NNRTI	Inhibiteur de protéase	Inhibiteur d'intégrase	Inhibiteur CCR5																																					
<input type="checkbox"/> Tenofovir <i>Viread</i> ®	<input type="checkbox"/> Nevirapine <i>Viramune</i> ®	<input type="checkbox"/> Lopinavir <i>Kaletra</i> ®	<input type="checkbox"/> Raltégravir <i>Isentress</i> ®	<input type="checkbox"/> Maraviroc <i>Celsentri</i> ®																																					
<input type="checkbox"/> Truvada®	<input type="checkbox"/> Efavirenz <i>Sustiva</i> ®	<input type="checkbox"/> Atazanavir <i>Reyataz</i> ®	<input type="checkbox"/> Elvitégravir																																						
<input type="checkbox"/> TAF®	<input type="checkbox"/> Rilpivirine <i>Edurant</i> ®	<input type="checkbox"/> Darunavir <i>Prezista</i> ®	<input type="checkbox"/> Dolutégravir <i>Tivicay</i> ®																																						
<input type="checkbox"/> Abacavir <i>Ziagen</i> ®	<input type="checkbox"/> Etravirine <i>Intence</i> ®	<input type="checkbox"/> Ritonavir <i>Norvir</i> ®																																							
<input type="checkbox"/> Kivexa®																																									
<input type="checkbox"/> Lamivudine <i>Epivir</i> ®																																									
<input type="checkbox"/> Emtricitabine <i>Emtriva</i> ®																																									

Co-médications (pour éventuelles interactions médicamenteuses)
.....
Commentaires éventuels
.....
Questions posées à la RCP
.....

Recommandations / décisions de la RCP	Date : Cliquez ici pour entrer une date.
<p>Responsable de la RCP :</p> <p>Participants à la RCP :</p>	
<p style="text-align: center;">Traitement antirétroviral</p> <p><input type="checkbox"/> Initié <input type="checkbox"/> Maintenu à l'identique <input type="checkbox"/> Modifié</p> <p>Propositions :</p>	<p style="text-align: center;">Surveillance</p> <p>Monitoring pharmacologique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> CV VIH 1/mois <input type="checkbox"/> CD4 tous les 3 mois <input type="checkbox"/> ADN VHB 1/mois</p> <p><input type="checkbox"/> PCR CMV 1/mois et si > 1000 cp/mL : Rovalcyte® 900 mg/j après contrôle du FO à maintenir jusqu'à la fin du traitement carcinologique.</p>
<p style="text-align: center;">Traitement oncologique détaillé</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Initié <input type="checkbox"/> Maintenu à l'identique <input type="checkbox"/> Modifié</p> <p><input type="checkbox"/> Surveillance</p> <p><input type="checkbox"/> En attente d'informations complémentaires</p> <p>Traitements : <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée <input type="checkbox"/> Chimiothérapie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">Prophylaxies</p> <p>Elles doivent être maintenues après le traitement carcinologique jusqu'à un taux de CD4 > 200 ou 15% pendant au moins 6 mois.</p> <p><input type="checkbox"/> Bactrim® faible 1/j <input type="checkbox"/> Bactrim® F 1/j <input type="checkbox"/> Wellvone® 2 x 5 mL en 1 prise</p> <p><input type="checkbox"/> Valacyclovir 500 2 cp/j <input type="checkbox"/> Aérosol de pentacarinate</p> <p>Antiémétiques conseillés :</p> <p>Autres :</p>
<p style="text-align: right;">Proposition d'inclusion dans un protocole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	

⁽¹⁾ Obligatoire