

N° de dossier : **FR-……….**

**RCP nationale Cancer et VIH**

|  |  |
| --- | --- |
| Sexe (1) : Choisissez un élément.  Pays de résidence : France  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 : ………………………………………………………………………………….  Service : …………………………………………………………………………………………….  COREVIH : …………………………………………………………………………………………  Médecin(s) référent(s) VIH : ……………………………………………………………..  Tél. : ………………………………………………………………………………………………….  Email : ………………………………………………………..@.................................... | Etablissement : ………………………………………………………………………………….  Service : …………………………………………………………………………………………….  Médecin(s) référent(s) Oncologie : ……………………………………………………  Tél. : …………………………………………………………………………………………………..  Email : …………………………………………………………@.................................... |
| Médecin généraliste : Dr …………………………………………. Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| Motif de la RCP  Avis thérapeutique Oncologie Avis thérapeutique VIH RCP de recours Autre : ………………………………… | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cancers** | | | | | | | |
| Date du diagnostic cancer : ………………………………  Dépistage Manifestation clinique Autres | | | Phase de la maladie Phase initiale  Rechute  Nouveau cancer : Oui  Non  Ne sais pas | | | | |
| Sein  Poumon  Colon / Rectum  Anus  Cutané mélanome  Cutané non mélanome  Testicule  Tissus mous  ORL  Col utérin  Autre : ………………………………………. | Maladie de Hodgkin  Lymphome cérébral  Lymphome non hodgkinien  Leucémie  Myélome  Maladie de Kaposi | | Statut thérapeutique  Déjà traité  En cours de traitement  Non traité  Début traitement : …………………….  Classification T… N… M…  I  II  III  IV  Autre classification (ex FIGO)  I  II  III  IV  Capacité de vie (OMS) à la date de la RCP  0  I  II  III  IV  Chirurgie Date : ……………………….  ………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | Traitement(s) antérieur(s)  Aucun  Abatherm  Chimiothérapie  Chirurgie  Curiethérapie  Endoscopie interventionnelle  Hormonothérapie  Immunothérapie  Radio-chimiothérapie  Radiologie interventionnelle  Radiothérapie  Soins palliatifs  Thérapie ciblée  131-Iode  Autres : ………………………  ………………………………………..…………………………………………………………………………………..  ………………………………………. | |
| Siège de la tumeur primaire (code CIM ONCO) :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………  Localisation de la tumeur :  ………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………..  Histologie (anapath.) Code ADICAP :  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| **Infection VIH** | | | | | | | | |
| **Antécédents VIH**  Année diagnostic VIH : ………………………………………….  Date 1er traitement ARV : ……………………………………..  Nadir CD4 : ………………./mm3  Stade CDC : A  B  C  1  2  3  Antécédents d’infections opportunistes :  oui  non  - …………………………………………………………………………….  - …………………………………………………………………………….  - …………………………………………………………………………….  Allergie aux sulfamides  HLA B5701 +  - non fait  Résistance : II  IP  NNRTI  Intolérance ARV : ……………………………………………………  HLA tropisme : non fait  X4  R5  Mixte  CD4 : /mm3 (date : ………………………)  CV VIH : cp/mL (date : ………………………)  Durée suppression virologique : ……………………..  Ratio CD4/CD8 : ………………………….. | | Traitements ARV antérieurs  NRTI  NNRTI  Inhibiteur de protéase  Inhibiteur d’intégrase  Inhibiteur CCR5  Inhibiteur de fusion | | | | | | |
| Traitement antirétroviral en cours oui  non  Si oui, depuis : ……………………………………………………… | | | | | | |
| **NRTI** | **NNRTI** | **Inhibiteur de protéase** | **Inhibiteur d’intégrase** | | **Inhibiteur CCR5** | |
| Tenofovir  *Viread®*  Truvada®  TAF®  Abacavir  *Ziagen®*  Kivexa®  Lamivudine  *Epivir®*  Emtricitabine  *Emtriva®* | Nevirapine  *Viramune®*  Efavirenz  *Sustiva®*  Rilpivirine  *Edurant®*  Etravirine  *Intelence®* | Lopinavir  *Kaletra®*  Atazanavir  *Reyataz®*  Darunavir  *Prezista®*  Ritonavir  *Norvir®* | Raltégravir  *Isentress®*  Elvitégravir  Dolutégravir  *Tivicay®* | | Maraviroc  *Celsentri®* | |
| **Inhibiteur de fusion** | |
| Enfurvitide  *Fuzéon®* | |
| **Combinaisons**   *Atripla*®  *Eviplera*®  *Stribild*®  *Triumeq*®  *Genvoya®*  Autre : ……………………………………………… | | | | | | |

|  |
| --- |
| **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.** | |
| **Responsable de la RCP :** ……………………………………………………………………………..  **Participants à la RCP :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| **Traitement antirétroviral**  Initié  Maintenu à l’identique  Modifié  Propositions :……………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………. | **Surveillance**  Monitoring pharmacologique Oui  Non  CV VIH 1/mois  CD4 tous les 3 mois  ADN VHB 1/mois  PCR CMV 1/mois et si > 1000 cp/mL : Rovalcyte® 900 mg/j après contrôle du F0 à maintenir jusqu’à la fin du traitement carcinologique.  **Prophylaxies**  Elles doivent être maintenues après le traitement carcinologique jusqu’à un taux de CD4 > 200 ou 15% pendant au moins 6 mois.  Bactrim® faible1/j  Bactrim® F 1/j  Wellvone® 2 x 5 mL en 1 prise  Valacyclovir 500 2 cp/j Aérosol de pentacarinat  Antiémétiques conseillés : ……………………………………………………………………………..  Autres : ……………………………………………………………………………………………………………  **Proposition d’inclusion dans un protocole** oui  non |
| **Traitement oncologique détaillé**  Aucun  Initié  Maintenu à l’identique  Modifié  Surveillance  En attente d’informations complémentaires  Traitements :  Radiothérapie  Thérapie ciblée  Chimiothérapie  ………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………… |