

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 VasculaireHTA [ ]  Coronaropathie [ ]  AOMI [ ] Diabète [ ] RénaleCréatinine : ………..µmol/L ClCr : ……..mL/min (MDRD) | HépatiqueVHC : PCR + [ ]  PCR - [ ] Score de fibrose : F1[ ]  F2[ ]  F3[ ]  F4[ ]  Si cirrhose : child A [ ]  B [ ]  C [ ]  VHB : AgHBS+ [ ]  AgHBS- [ ]  AcHBc isolé [ ] SérologiesCMV +[ ]  -[ ]  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 utérinAutre : ………………………………………. | [ ] Maladie de Hodgkin[ ] Lymphome cérébral[ ] Lymphome non hodgkinien[ ] Leucémie[ ] Myélome[ ] Maladie de Kaposi | Statut thérapeutique[ ] Déjà traité[ ] En cours de traitement[ ] Non traitéDébut 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 RCP0 [ ]  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 : ………………./mm3Stade 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 [ ]  ModifiéPropositions :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………. | **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 pentacarinatAntiémétiques 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 complémentairesTraitements :[ ]  Radiothérapie [ ]  Thérapie ciblée [ ]  Chimiothérapie  ………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |