

ONCOVIH

RCP nationale Cancer et VIH

Sexe ⁽¹⁾ : Choisissez un élément. Pays de résidence : France <input type="checkbox"/> Autre : Département de domicile :	Initiales du patient : Mois et année de naissance ⁽¹⁾ : /...../..... Lieu de naissance : Pays de naissance :
Taille :cm Poids :kg IMC (kg/m ²) :	
Centre de prise en charge VIH	Centre de prise en charge Oncologie
Etablissement : Département de l'établissement : COREVIH : Médecin(s) référent(s) VIH : Tél. : Email :@..... N° de dossier du patient :	Etablissement : Département de l'établissement : Médecin(s) référent(s) Oncologie : Tél. : Email :@..... N° de dossier du patient :
Médecin généraliste : Dr Adresse :	

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	Motif de la RCP <input type="checkbox"/> Avis thérapeutique Oncologie <input type="checkbox"/> Avis thérapeutique VIH <input type="checkbox"/> RCP de recours <input type="checkbox"/> Autre :
--	--	---

Cancers			
<input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Colon / Rectum <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Cutané mélanome <input type="checkbox"/> Cutané non mélanome <input type="checkbox"/> Testicule <input type="checkbox"/> Tissus mous <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Col utérin Autre :	<input type="checkbox"/> Maladie de Hodgkin <input type="checkbox"/> Lymphome cérébral <input type="checkbox"/> Lymphome non hodgkinien <input type="checkbox"/> Leucémie <input type="checkbox"/> Myélome <input type="checkbox"/> Maladie de Kaposi	Statut thérapeutique <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"/> Capacité de vie (OMS) à la date de la RCP 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>	Traitement(s) antérieur(s) <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Abatherm <input type="checkbox"/> Autre traitement <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-10) : Localisation de la tumeur :			

⁽¹⁾ Obligatoire

Histologie (anapath.)	Code ADICAP :	Chirurgie	Date :
.....	
.....	
.....	

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: 40px;">1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Infections opportunistes : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Toxoplasmose / PCP oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>CMV oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>MAC oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Herpès récurrent oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Autres :</p> <p>Allergie aux sulfamides <input type="checkbox"/></p> <p>VHC PCR + <input type="checkbox"/> PCR - <input type="checkbox"/></p> <p>Score de fibrose : F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4 <input type="checkbox"/></p> <p>Si cirrhose : child A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/></p> <p>VHB AgHBS+ <input type="checkbox"/> AgHBS- <input type="checkbox"/></p> <p>AchBc isolé <input type="checkbox"/></p> <p>Sérologies CMV + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> non fait <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Toxoplasmose + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> non fait <input type="checkbox"/></p> <p>HLA B5701 + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> non fait <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><u>Traitements ARV antérieurs</u></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> NRTI <input type="checkbox"/> NNRTI <input type="checkbox"/> Inhibiteur de protéase <input type="checkbox"/> Inhibiteur d'intégrase</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Inhibiteur CCR5 <input type="checkbox"/> Inhibiteur de fusion</p> <hr/> <p>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>[®] Dose :</td> <td><input type="checkbox"/> Raltégravir <i>Isentress</i>[®] Dose :</td> <td><input type="checkbox"/> Maraviroc <i>Celsenti</i>[®] Dose :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Truvada[®] Dose :</td> <td><input type="checkbox"/> Efavirenz <i>Sustiva</i>[®]</td> <td><input type="checkbox"/> Atazanavir <i>Reyataz</i>[®] Dose :</td> <td><input type="checkbox"/> Elvitégravir Dose :</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">Inhibiteur de fusion</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abacavir <i>Ziagen</i>[®]</td> <td><input type="checkbox"/> Rilpivirine <i>Edurant</i>[®]</td> <td><input type="checkbox"/> Darunavir <i>Prezista</i>[®] Dose :</td> <td><input type="checkbox"/> Dolutégravir <i>Tivicay</i>[®] Dose :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kivexa[®]</td> <td><input type="checkbox"/> Etravirine <i>Intelence</i>[®] Dose :</td> <td><input type="checkbox"/> Ritonavir <i>Norvir</i>[®]</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Enfuvitide <i>Fuzéon</i>[®]</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>[®] 1 cp/jr <input type="checkbox"/> <i>Eviplera</i>[®] 1 cp/jr <input type="checkbox"/> <i>Stribild</i>[®] 1 cp/jr</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> [®] Dose :	<input type="checkbox"/> Raltégravir <i>Isentress</i> [®] Dose :	<input type="checkbox"/> Maraviroc <i>Celsenti</i> [®] Dose :	<input type="checkbox"/> Truvada [®] Dose :	<input type="checkbox"/> Efavirenz <i>Sustiva</i> [®]	<input type="checkbox"/> Atazanavir <i>Reyataz</i> [®] Dose :	<input type="checkbox"/> Elvitégravir Dose :	Inhibiteur de fusion	<input type="checkbox"/> Abacavir <i>Ziagen</i> [®]	<input type="checkbox"/> Rilpivirine <i>Edurant</i> [®]	<input type="checkbox"/> Darunavir <i>Prezista</i> [®] Dose :	<input type="checkbox"/> Dolutégravir <i>Tivicay</i> [®] Dose :	<input type="checkbox"/> Kivexa [®]	<input type="checkbox"/> Etravirine <i>Intelence</i> [®] Dose :	<input type="checkbox"/> Ritonavir <i>Norvir</i> [®]		<input type="checkbox"/> Enfuvitide <i>Fuzéon</i> [®]	<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> [®] Dose :	<input type="checkbox"/> Raltégravir <i>Isentress</i> [®] Dose :	<input type="checkbox"/> Maraviroc <i>Celsenti</i> [®] Dose :																															
<input type="checkbox"/> Truvada [®] Dose :	<input type="checkbox"/> Efavirenz <i>Sustiva</i> [®]	<input type="checkbox"/> Atazanavir <i>Reyataz</i> [®] Dose :	<input type="checkbox"/> Elvitégravir Dose :	Inhibiteur de fusion																															
<input type="checkbox"/> Abacavir <i>Ziagen</i> [®]	<input type="checkbox"/> Rilpivirine <i>Edurant</i> [®]	<input type="checkbox"/> Darunavir <i>Prezista</i> [®] Dose :	<input type="checkbox"/> Dolutégravir <i>Tivicay</i> [®] Dose :																																
<input type="checkbox"/> Kivexa [®]	<input type="checkbox"/> Etravirine <i>Intelence</i> [®] Dose :	<input type="checkbox"/> Ritonavir <i>Norvir</i> [®]		<input type="checkbox"/> Enfuvitide <i>Fuzéon</i> [®]																															
<input type="checkbox"/> Lamivudine <i>Epivir</i> [®]																																			
<input type="checkbox"/> Emtricitabine <i>Emtriva</i> [®]																																			

Derniers bilans	Dernier génotype de résistance										
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><u>CD4</u></td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><u>CV VIH ARN</u></td> </tr> <tr> <td>Date :/mm³</td> <td>Date :cp/ml</td> </tr> </table>	<u>CD4</u>	<u>CV VIH ARN</u>	Date :/mm ³	Date :cp/ml	<table style="width: 100%;"> <tr> <th style="text-align: center;">Résistance</th> <th style="text-align: center;">Tropisme</th> </tr> <tr> <td>DRV <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> R</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">X4 <input type="checkbox"/> R5 <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>RAL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> R</td> </tr> <tr> <td>INNTI <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> R</td> </tr> </table>	Résistance	Tropisme	DRV <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> R	X4 <input type="checkbox"/> R5 <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/>	RAL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> R	INNTI <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> R
<u>CD4</u>	<u>CV VIH ARN</u>										
Date :/mm ³	Date :cp/ml										
Résistance	Tropisme										
DRV <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> R	X4 <input type="checkbox"/> R5 <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/>										
RAL <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> R											
INNTI <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> R											

Contexte clinique	Commentaires éventuels
<p>Situation virologique contrôlée et stable <input type="checkbox"/></p> <p>Multi-échec non contrôlé <input type="checkbox"/></p> <p>Traitements associés pris au long cours (ex : HTA, diabète, substitution...) :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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>.....</p> <p>.....</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>.....</p>	<p style="text-align: center;">Surveillance</p> <p>Monitoring pharmacologique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

⁽¹⁾ Obligatoire

<p style="text-align: center;">Traitement oncologique détaillé</p> <p><input type="checkbox"/> Initié <input type="checkbox"/> Maintenu à l'identique <input type="checkbox"/> Modifié</p> <p>Référentiel utilisé :</p> <p>Traitements :</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée</p> <p><input type="checkbox"/> Chimiothérapie :</p> <p>.....</p> <p>.....</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;">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>Proposition d'inclusion dans un protocole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>
--	---

⁽¹⁾ Obligatoire