

FICHE RCP THROMBOSE ET CANCER

ONCO

HAUTS-DE-FRANCE
DISPOSITIF SPÉCIFIQUE
RÉGIONAL DU CANCER



- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Thoracique | <input type="checkbox"/> Hématologie | <input type="checkbox"/> Oncopédiatrie | <input type="checkbox"/> Sein | |
| <input type="checkbox"/> Digestif | <input type="checkbox"/> Myélome | <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Hépatobiliaire | <input type="checkbox"/> Hémato-pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Mammotome | <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Hépatobiliaire | |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologie | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Os-métastases | <input type="checkbox"/> Hémato-pédiatrie | |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie | <input type="checkbox"/> Sarcome | <input type="checkbox"/> Moléculaire | <input type="checkbox"/> Viscérales et osseuses pédiatrique | |
| <input type="checkbox"/> Neuropédiatrie | <input type="checkbox"/> Phases précoces pédiatrique | | | |

Informations générales sur le patient (à saisir une seule fois)

Consentement : OUI NON

NOM D'USAGE :

PRENOM : **Sexe :** HOMME FEMME

NOM DE NAISSANCE :

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_| Age :

➤ **Autres informations** (onglet masqué)

Ville de naissance :

Code Postal : |_|_|_|_|

Adresse :

Tél :

Ville de résidence :

Code Postal : |_|_|_|_| (implémentation automatique)

Représentant du patient :

Identifiant patient INSC visible :

Identifiant patient IPP/OID

Tutelle ou curatelle :

➤ **Historique des Comptes-Rendus** (implémentation automatique)

➤ **Précédent passage en RCP** (implémentation automatique)

Contexte de la RCP

RCP du |_|_| / |_|_| / |_|_|_|

Lieu de la RCP : (implémentation automatique)

Médecin référent (demandeur) : Etablissement du médecin référent :

Médecin présentant le dossier (si différent du médecin référent du dossier) :

Médecin traitant : ou NSP

Spécialiste(s) sollicité(s) cases à cocher multiple :

- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Radiologue | <input type="checkbox"/> Pharmacien | <input type="checkbox"/> Cardiologue | <input type="checkbox"/> Chir vasculaire | <input type="checkbox"/> Biologiste | <input type="checkbox"/> Hémobiologiste |
| <input type="checkbox"/> Médecin vasculaire | <input type="checkbox"/> Oncologue | | | | |

Liste des participants et présents à la RCP (à cocher durant le déroulement de la RCP)

- Titre, nom, prénom, profession, spécialité
- Titre, nom, prénom, profession, spécialité



Antécédent hors cancer

- Antécédent personnel de MTEV non provoquée : OUI NON
Antécédent personnel de MTEV provoquée : OUI NON
Antécédent de thrombophilie : OUI NON
Antécédent familial au premier degré de MTEV : OUI NON
Antécédent personnel d'évènement hémorragique sévère : OUI NON
 Autre antécédent notable

Si oui, préciser :

Caractéristiques de la maladie tumorale

➤ **Siège de la tumeur** (onglet masqué)

Siège de la tumeur primitive (sous bloc à créer)

Date de diagnostic (harmoniser l'intitulé) : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Localisation :

« **Localisation** : Cancer colorectal, Cancer œsogastrique, Cancer ORL, Cancer du pancréas, Cancer du poumon, Cancer du rein, Cancer de la prostate, Cancer de la thyroïde, Mélanome, Hépatocarcinome, Cholangiocarcinome, Glioblastome, Sarcome, Cancer du sein, Autre (préciser) »

Commentaires :

➤ **Histologie du cancer primitif** Cases à cocher (Choix unique)

- Adénocarcinome Epidermoïde Indifférencié
 Neuroendocrine Sarcome et apparenté
 Autre NA



➤ **Statut du cancer au moment du diagnostic de la MTEV** *Cases à cocher (Choix unique)*

- Local Locorégional Métastatique VVC NA

Si local/Locorégional :

- Réséqué Non réséqué Exérèse totale Exérèse partielle

Si local/Locorégional/Métastatique

Précisions :

Si VVC

- PICCLINE MIDLINE Chambre implantable KT

➤ **Statut actuel de la maladie tumorale** *Cases à cocher (Choix unique)*

- Cancer en rémission/surveillance sans traitement tumoral
 Cancer en rémission avec traitement tumoral (hormonothérapie inclus)
 Cancer évolutif certain ou probable, sans traitement tumoral
 Cancer évolutif certain ou probable, avec traitement tumoral (hormonothérapie inclus)

Si coché

Préciser le traitement antitumoral :

➤ **Projet thérapeutique (dans les semaines à venir) de la maladie cancéreuse** *Cases à cocher (Choix unique)*

- Pas de modification du TTT tumoral prévue Modification du TTT tumoral prévue

Précisions :



Caractéristiques de la MTEV

➤ **Siège de la MTEV**

Date du 1er diagnostic de la MTEV : / /

Siège de la MTEV (Case à coché (multiple)) :

- Embolie pulmonaire TVP distale TVP Proximal TVS Thrombose sur KT TVP site inhabituel
 Thrombose artérielle

Si embolie pulmonaire/ TVP distale/ TVP proximal/ TVS/ TVP site inhabituel/ Thrombose sur KT/ Thrombose artérielle, précisez si siège :

- Unilatéral Bilatéral

Si TVP distale/ TVP proximal/ TVS/ TVP site inhabituel (Case à coché (multiple)) :

- Membres inférieurs Membres supérieurs
 Intra abdominal Cervical Cérébral Cardiaque

➤ **Facteurs de risque additionnel au moment de la thrombose** Cases à cocher (Choix multiple)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Obésité (IMC > 35) | <input type="checkbox"/> Infection aigue |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie < 3 mois | <input type="checkbox"/> Immobilisation ou alitement (PS 3 ou 4) > 48h |
| <input type="checkbox"/> Varice membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Cathéter veineux central longue durée |
| <input type="checkbox"/> PICCLINE | <input type="checkbox"/> MIDLINE |
| <input type="checkbox"/> PAC | |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque (Stade 3 ou 4 NYHA) | <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire aigue |
| <input type="checkbox"/> Contexte hormonal (hormonothérapie, contraception ...) | <input type="checkbox"/> Facteurs de risque cardio vasculaire |
| <input type="checkbox"/> Médicament | <input type="checkbox"/> Aucun |



➤ **Historique du TTT anticoagulant MTEV** *Cases à cocher (Choix multiple)*

Introduction d'une anticoagulation : OUI NON

Si oui

Type de molécule (*Menu déroulant*) : HNF / HBPM / AOD / AVK / AAP

Si AOD :

Type d'AOD :

Dose :

Date d'introduction : |_|_| / |_|_|_|_|

Traitement poursuivi : OUI NON

Si Non :

Motif arrêt / Modification :

Pose de filtre cave

➤ **Autre TTT médicamenteux en cours** *Cases à cocher (Choix multiple)*

AINS Corticoïdes Traitement anti coagulant pour autre motif

Antiagrégant plaquettaire Autre :

➤ **Dernière biologie disponible**

Plaquettes : Giga/L

Hémoglobine : g/L

Créatinine : μmol/l

Bilan hépatique : Normal Anormal

Question et la décision de la RCP

Questions posées à la RCP :

.....
.....
.....

Conclusion de la RCP :

.....
.....
.....

En rouge = items obligatoires pour valider la fiche