

Date de la RCP : Enregistrement sans demande d'avis (application des recommandations)
Demande d'avis

Nom : **Prénom :** **Sexe :** M F

Date de naissance : **Adresse :**

Médecin demandeur :

J'ai informé le patient cité ci-dessus de son passage en RCP et de l'informatisation de son dossier. Il a consenti à ce que ces informations puissent être transmises à des fins médicales aux destinataires de cette fiche.

Médecin Traitant :

Médecin(s) Référent(s) :

Service PMSI :

Antécédents et co-morbidités ayant un impact sur la décision thérapeutique :

Rechute : oui non Ne sais pas

Dépistage oncogériatrie oui non **Score :** **Evaluation :** oui non Programmée Ne sait pas

Histoire de la maladie et traitements antérieurs (préciser les dates d'examens) :

Découverte : Dépistage individuel Manifestation clinique

Traitements en cours :

Prise d'anticoagulant? oui non

Prise d'antiagrégants? oui non

Capacité de vie OMS/performans status: 0 1 2 3 4

Cirrhose : oui non **Etiologie (entourer) :** *Alcool/obésité/Diabète/Hémochromatose/VHC/VHB/ autre*
 (Si oui : merci de renseigner)

- Score de CHILD PUGH : (TP : Bilirubine : Albumine : Ascite (1à3) : Encéphalopathie (1à3) :)

- Score de MELD : (INR : Créatinine : : (www.lillemodel.com))

- Présence d' HTP/ de varices oesophagiennes : oui non

Critères diagnostiques du CHC

• Histologie oui non **Type histologique :**

Date prélèvement : __ / __ / __

• Imagerie : hypervascularisation au temps artériel : oui non

• lavage au temps portal et/ou tardif : oui non

• AFP (ng/mL) :

Caractéristiques du CHC

• Nombre de nodules hépatiques : Taille maximale (mm) :

• Localisation(s) (segments I à VIII):

• Thrombose ou envahissement porte : oui non

• Métastases : oui non

Stade BCLC (détail au verso): 0 A B C D

Autres facteurs pronostiques ou commentaires :

Motif de la RCP : Ajustement thérapeutique Avis diagnostique Décision de traitement

Prise en charge initiale Autre

Question posée :

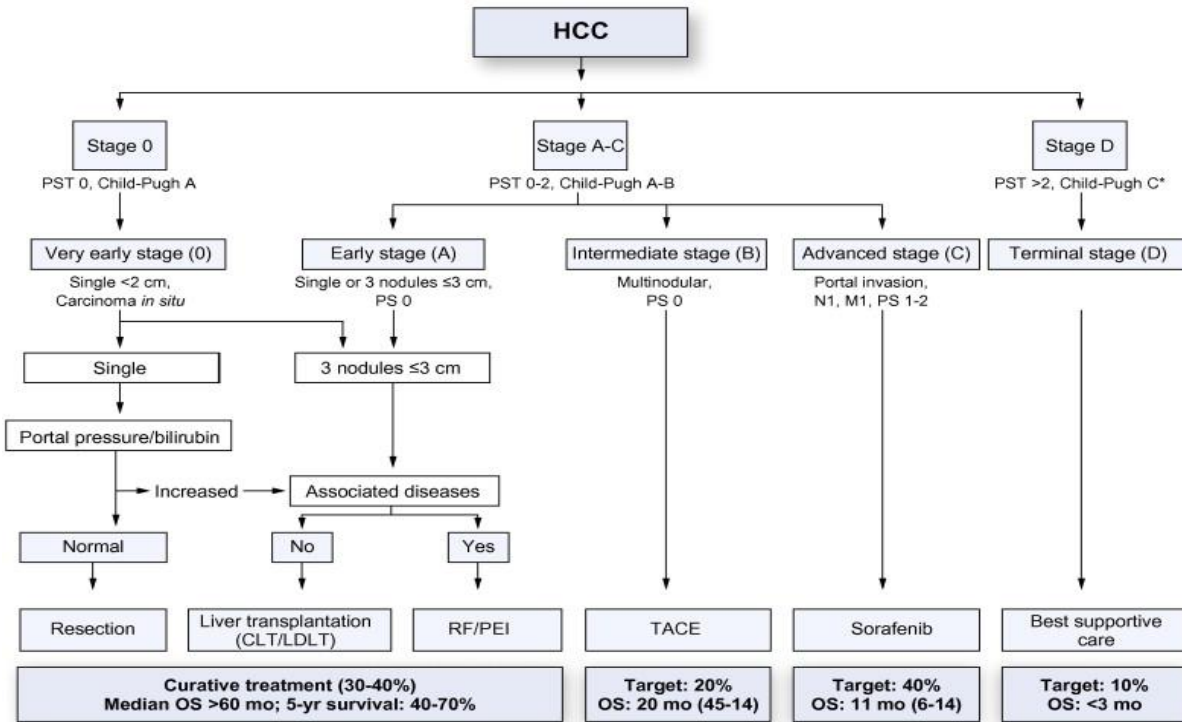
Proposition de la RCP : Nécessité d'examens complémentaires

Transplantation hépatique (avec éventuel traitement d'attente) Résection hépatique Radiofréquence

Chimioembolisation Thérapie ciblée (NEXAVAR) Protocole thérapeutique

Soins de confort Autre

Application référentiel ? Non oui lequel ? :



Classification BCLC