

(Identité à remplir de façon LISIBLE, en MAJUSCULE)

NOM : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ jour _____ mois _____ année Pays de naissance : _____ Homme Femme
 Origine géographique (pays, à défaut continent) : _____ Médecin référent : _____

Maladie virale et Co-morbidités

Génotype du VHD 1 3 4 autre/inc. ARN du VHD (UI/ml) : _____
 Ag HBs quantitatif (UI/ml) : _____ ADN du VHB (UI/ml) : _____ Anticorps Anti-HBe : + -
 Taille (m) : _____ Poids (kg) : _____ Diabète : non oui Alcool (verres/semaine) : _____
 Usage de drogue en cours : non oui
 Infection VIH : non oui, CD4 (mm³) : _____ ARN VIH (UI/ml) : _____ TT anti-VIH : non oui
 Infection VHC : non oui ARN du VHC (UI/ml) : _____
 Traitement habituel : _____

Maladie hépatique

Cirrhose : oui non Fibroscan le plus récent (date) : _____ = _____
 PBH (date) : _____ A F PBH (date) : _____ A F
 PBH (date) : _____ A F PBH (date) : _____ A F
 Fibrotest (date) : _____ = _____ Fibromètre (date) : _____ = _____
 CHC : non oui Date dernière imagerie : _____ Antécédent de décompensation : non oui
 Ascite : non oui Encéphalopathie : non oui
 Greffe hépatique : non oui si oui, date : _____ S/liste attente de greffe hépatique : non oui
 Greffe rénale : non oui Attente greffe rénale : non oui Hémodialyse : non oui

Bilan biologique

ASAT (UI/L)		ALAT (UI/L)		GGT (UI/L)		Créatininémie (mol/l)	
Plaquettes (G/L)		Hémoglobine (g/dl)		TP (%) et IRN		Albumine (g/L)	
Bilirubine totale (µmol/L)		Score de Child		Score de MELD		AFP si disponible	

Statut thérapeutique de la maladie Non traitée antérieurement Déjà traitée*

*Traitements déjà réalisés	Dose	Durée (semaines)	Réponse
PEG-IFN			
BULEVIRTIDE			
PEG-IFN + BULEVIRTIDE			
Analogues Nucléos(t)idiques VHB		Date de début :	
TENOFOVIR			
ENTECAVIR			

Eligibilité Essai Thérapeutique oui non

Proposition de prise en charge

Essai : HEPCLUDEX PEGASYS Dose µg TENOFOVIR OU ENTECAVIR
 Observatoire ANRS ATU LONAFARNIB ATU NAP (Polymère Acide Nucléique)

NOM et Prénom	3ères Lettres nom	2ères lettres prénom	Année naissance

Synthèse clinique et/ou situation particulière :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE EXPERT

LOGO 1	RCP VIROLOGIE VHD DU :.....	LOGO 2
<p>ETP :</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Virologie :</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Recherche Clinique :</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Hépatologie :</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Pharmacie :</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
Autre (s) :		
<p>Décision de la RCP : <input type="checkbox"/> Essai Thérapeutique <input type="checkbox"/> HEPCLUDEX ATU nominative Lonafarnib ou NAP</p> <p>↙</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
▶ Validé le :		
Signature :	Cachet :	