GFTC Groupe Francophone Thrombose et Cancer

RCP RECOURS Thrombose et cancer

PATIENT
Nom |__|__|__|__|__|__|__|__|
Prénom |__|__|__|__|__|__|__|__|

Ou étiquette patient

MEDECIN référent
Nom……..
Prénom……..
Téléphone……
Ville ……..

RCP RECOURS : ***Hôpital Saint Louis – APHP***
Pr Dominique FARGE, Dr Adrian HIJ (bip 724) Dr Ilham BENZIDIA (bip 568)- Unité Médecine Interne et Pathologie Vasculaire - UF04
Fiche à faxer au : 2 97 69 (Secrétariat de Médecine interne) avant la RCP - ***Merci de venir présenter vos dossiers***
Les RCP ont lieu le 1er et 3ème lundi du mois, à 17h30, en salle de staff de Lavande 6 (renseignements au 2 97 67)

Date de la RCP : |__|__| |__|__| |__|__|

1-Données générales

1.1 *Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|
1.2 *Sexe : O féminin O masculin
1.3 * Poids: |__|__|__| kg 1.4* Taille : |__|__|__| cm

2-Cathéter veineux central (KTVC)

2.1 O Oui O Non O Ne sait pas (NSP)
(chambre à KT implantable ou pic line ou PAC)

(si oui) 2.2* Date de pose |__|__| |__|__| |__|__|

Position : O Gauche O Droit

3-Caractéristiques du cancer primitif

3.1*Date diagnostic (date de l'histologie) :

|__|__| |__|__| |__|__|

3.2*Localisation cancer primitif (choix unique)

O Sein O Poumon O ORL O Œsophage
O Estomac O Colon O Rectum O Pancréas
O Prostate O Vessie O Rein
O Testicule O Ovaire O Col utérus/ endomètre
O Carcinome de primitif inconnu
O Tissu mou / ostéosarcome O Mélanome
O Maladie de Hodgkin O Lymphome non H
O Système nerveux central
O Myélome O SMP
O LMC O LAL O LAM
O Autre ……:

3.3*Histologie

O Adénocarcinome O Epidermoïde
O Indifférencié O Neuroendocrine
O Sarcome et apparenté O Autre O NA

3.4*Statut du cancer au moment du diagnostic de MTEV

O Local (T+) O Locorégional (N+) O Métastatique (M+) O NA

3.5 Traitement du cancer au moment du diagnostic de MTEV

Aucun O

		Oui	Non	NSP
a.	Chirurgie < 1 mois	☐	☐	☐
b.	Radiothérapie < 1 mois	☐	☐	☐
c.	Hormonothérapie	☐	☐	☐
d.	Chimiothérapie	☐	☐	☐
e.	Thérapies ciblées (Anti corps M, ITK, anti angiogénique)	☐	☐	☐
f.	Soins de support (EPO GCSF…)	☐	☐	☐

4-Facteurs de risque au moment du diagnostic de MTEV

Aucun O

1. ☐ ATCD de thrombose veineuse profonde
2. ☐ ATCD d'Embolie Pulmonaire
3. ☐ Obésité (IMC > 35)
4. ☐ Infection aigue
5. ☐ Chirurgie < 3 mois
6. ☐ Immobilisation ou alitement (PS 3 ou 4) > 48h
7. ☐ Varice membres inférieurs
8. ☐ Cathéter veineux central longue durée
9. ☐ Insuffisance cardiaque (Stade 3 ou 4 NYHA)
10. ☐ Insuffisance respiratoire aigue
11. ☐ Thrombophilie constitutionnelle connue

5- TT anticoagulant au moment du diagnostic MTEV :

Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

	Dose Curative	Dose Préventive	Ne sait pas
AVK	☐	☐	☐
HBPM	☐	☐	☐
Anti Xa inj	☐	☐	☐
AOD	☐	☐	☐
Anti IIa PO	☐	☐	☐
HNF	☐	☐	☐

 Copyright © 1093790 (OPIC 28/02/2012)

6-Diagnostic de MTEV

6.1*Date |__|__| |__|__| |__|__|

6.2*Siege de MTEV

Embolie pulmonaire O Oui O Non

Thrombose sur KT O Oui O Non

TVP O Oui O Non

***

☐ TVP membres inférieurs proximale (fem/ pop)
☐ TVP membres inférieurs distale (sp/jamb)
☐ T veine cave inférieure
☐ T veine porte
☐ T veine sus-hépatique
☐ T veine mésentérique
☐ T veine splénique
☐ T veine cave supérieure
☐ TVP membres supérieurs (jusqu'à l'axillaire)
☐ TV sous Clavière
☐ TV tronc brachio-céphalique
☐ T veine jugulaire interne
☐ T veine intracranienne
☐ Thrombus intracardiaque (OD ou VD)

SI OUI

6.3*Type de TV

☐ TV superficielle
☐ TV profonde
☐ TV bilatérale

6.4*Méthode diagnostique de MTEV

☐ Echographie doppler
☐ Scintigraphie pulmonaire
☐ Scanner spiralé
☐ Angioscanner
☐ Angiographie pulmonaire
☐ IRM

6.5*Biologie au diagnostic de MTEV/TVKTC

a. Plaquettes |__|__|__|Giga/L
b. Hémoglobine |__|__|__| g/L
c. Créatinine |__|__|__| µmol/l

7-Prise en charge de la MTEV

7.1 Traitement anticoagulant curatif initial MTEV (0-10 jours)

Plusieurs cases peuvent être cochées

☐ HNF ☐ HBPM
☐ Anti Xa injectable ☐ Anti Xa oral
☐ Thrombolytique ☐ Anti IIa oral
☐ Filtre cave ☐ Contention veineuse
☐ Abstention
☐ Essai clinique anti-thrombotique

7.2 Traitement anticoagulant curatif secondaire *prévus* (>10 jours)

Une case seulement à cocher.

HBPM	O < 3 mois	O 3 à 6 mois	O > 6 mois
AVK	O < 3 mois	O 3 à 6 mois	O > 6 mois
Anti Xa inj	O < 3 mois	O 3 à 6 mois	O > 6 mois
AOD	O < 3 mois	O 3 à 6 mois	O > 6 mois
Anti IIa oral	O < 3 mois	O 3 à 6 mois	O > 6 mois
HNF	O < 3 mois	O 3 à 6 mois	O > 6 mois

O Abstention thérapeutique

****

Inclusion essai clinique Oui ☐ Non ☐

7.3 Mesure sur cathéter veineux (si pas KT N.A.☐)

	Oui	Non
Ablation du cathéter veineux	☐	☐
Pose cathéter veineux fémoral	☐	☐
Pose KT veineux central à insertion périphérique	☐	☐

8-Conclusion RCP (si applicable)

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