

(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 (mm<sup>3</sup>) : \_\_\_\_\_ 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	<b>RCP VIROLOGIE VHD DU :.....</b>	LOGO 2
<p><b>ETP :</b></p> <p><input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>Virologie :</b></p> <p><input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>Recherche Clinique :</b></p> <p><input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p>	<p><b>Hépatologie :</b></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><b>Pharmacie :</b></p> <p><input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="checkbox"/> .....</p>
<p>Autre (s) : .....</p>		
<p><b>Décision de la RCP :</b>    <input type="checkbox"/> Essai Thérapeutique    <input type="checkbox"/> HEPCLUDEX    <b>ATU nominative Lonafarnib ou NAP</b></p>		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>► Validé le : .....</p>		
<p><b>Signature :</b></p>		<p><b>Cachet :</b></p>