

PATIENT

_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
NOM	Prénom

Ou étiquette patient

MEDECIN référent

Nom.....

Prénom.....

Téléphone.....

Ville .....

**RCP RECOURS : TVC Hôpital Saint Louis – APHP**

**Pr Dominique FARGE, Dr Adrian HIJ (bip 724) Unité Médecine Interne et Pathologie Vasculaire - UF04**

**Fiche à faxer à : Alexa LECUYER (C 3) au 2 52 68 ou au 2 97 69 (Secrétariat de Médecine interne) avant la RCP**

**Personnes à contacter : Alexa LECUYER – Tél : 2 53 01 ou Secrétariat de Médecine interne – Tél : 2 97 67**

**N° dans la RCP en cours.....**

**Date de la RCP : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|**

### 1- Données générales

1.1\* Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

1.2\* Sexe :  féminin  masculin

1.3\* Poids : |\_|\_|\_|\_| kg    1.4\* Taille : |\_|\_|\_|\_| cm

### 2- Cathéter veineux central (KTVC)

2.1  Oui  Non  Ne sait pas (NSP)

( chambre à KT implantable ou pic line ou PAC)

( si oui) 2.2\* Date de pose |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Position :  Gauche  Droit

### 3- Caractéristiques du cancer primitif

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

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

3.2\* Localisation cancer primitif ( choix unique)

Sein  Poumon  ORL  Œsophage

Estomac  Colon  Rectum  Pancréas

Prostate  Vessie  Rein

Testicule  Ovaire  Col utérus/ endomètre

Carcinome de primitif inconnu

Tissu mou / ostéosarcome  Mélanome

Maladie de Hodgkin  Lymphome non H

Système nerveux central

Myélome  SMP

LMC  LAL  LAM

Autre .....

3.3\* Histologie

Adénocarcinome  Epidermoïde

Indifférencié  Neuroendocrine

Sarcome et apparenté  Autre  NA

3.4\* Statut du cancer au moment du diagnostic de MTEV

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

### 3.5 Traitement du cancer au moment du diagnostic de MTEV

Aucun

	Oui	Non	NSP
a. Chirurgie < 1 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Radiothérapie < 1 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hormonothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Thérapies ciblées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Anti corps M, ITK, anti angiogénique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Soins de support (EPO GCSF...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4- Facteurs de risque au moment du Diagnostic de MTEV

Aucun

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

4.1 Thrombophilie constitutionnelle ?

Oui  Non  NSP

### 5- TT anticoagulant au moment du Diagnostic de MTEV

Oui  Non  NSP

	Dose Curative	Dose Préventive	Ne sait pas
AVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HBPM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti Xa*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HNF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*per os ou injectable

