

**REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE HEPATITE C**

Date de la RCP :

Nom et prénom :

Date de naissance

 Homme     Femme

Médecin traitant :

Médecin présentant le dossier :

	Oui	Non		Oui	Non
	Valeur			Valeur	
Cirrhose			Génotype du VHC		
Fibroscan (kPa)			ARN VHC (UI/ml)		
Fibrotest			Hépatite aigüe		
Fibromètre			Ré-infection par le VHC		
PBH			Manifestation extra-hépatique		
Varices oesophagiennes			Si oui, préciser		
Si oui, grade des varices			Taille (m)		
Antécédent de décompensation de la cirrhose			Poids (kg)		
Ascite			Diabète		
CHC			Alcool (verres par semaine)		
Greffe hépatique			Usage de drogues en cours		
Attente de greffe hépatique			Infection VIH		
Greffe rénale			Si oui, CD4 (mm3)		
Hémodialyse			Si oui, ARN VIH (UI/ml)		
Créatinine (µmol/L)			Traitement en cours		
Clairance créatinine (ml/mn)					
Plaquettes (G/L)					
TP (%)					
Albumine (g/L)					
Bilirubine totale (µmol/L)					
Score de Child					
Score de MELD					
Antécédent de traitement anti-VHC					
Si oui, traitement précédent :			Durée (semaines)		Réponse
PEG-IFN + ribavirine					
Telaprevir ou Boceprevir + PEG-IFN + ribavirine					
Autre (préciser)					
Présence de variants résistants			<i>Si oui, joindre une copie du résultat</i>		

**Proposition de prise en charge**

Schémas thérapeutiques possibles :

Interactions médicamenteuses potentielles :

Surveillance particulière :

Accompagnement (éducation thérapeutique, soutien social, suivi addictologique) :

Personnes présentes à la RCP :