

RCP_FCS (SHCF) / VOLANESORSEN (WAYLIVRA)

Questionnaire RCP

Date : ____ / ____ / ____

* *Champ obligatoire*

RCP

Question	Réponse
Date de la demande de RCP : <i>Date</i>	
Médecin en charge du patient : <i>Texte court</i>	
Email : <i>Texte court</i>	
Téléphone : <i>Texte court</i>	
ADRESSE : <i>Texte court</i>	
Ville : <i>Texte court</i>	
Médecin expert : <i>Texte court</i>	
Email : <i>Texte court</i>	
Téléphone : <i>Texte court</i>	

PATIENT

Question	Réponse
Initiales du patient : <i>Texte court</i>	
Date de naissance <i>Date</i>	

Age : <i>Texte court</i>	
Sexe : <i>Choix unique</i>	☐ Homme ☐ Femme
- Souhait de grossesse ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
- Contraception efficace (hors oestro-progestatifs) ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non ☐ Refus informé
IMC : P/T2 (kg/m2) = <i>Texte court</i>	
Poids (kg): <i>Valeur numérique</i>	Valeur :
Taille (m): <i>Valeur numérique</i>	Valeur :
Date du diagnostic du Syndrome d'Hyperchylomicronémie Familial : <i>Date</i>	
Diagnostic basé uniquement sur le phénotype ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
<i>InformationalNote</i>	
<i>InformationalNote</i>	
Complétez et indiquez le score FCS (cf. en annexe 1) : <i>Valeur numérique</i>	Valeur :
<i>InformationalNote</i>	
Test génétique réalisé ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non ☐ En cours
Si oui, Date : <i>Date</i>	
et Lieu : <i>Texte court</i>	
Préciser pour chaque gène : variant délétère causal/variant SI/variant fréquent associé HTG/variant non fonctionnel <i>CrossTable</i>	

Informational/Note	
Résultats : (cf annexe 2) <i>Choix multiple</i>	☐ Pas de mutation ☐ FCS A ☐ FCS B ☐ MCS C ☐ MCS D
Interprétation validée par un centre de biologie moléculaire référent (Lille, Lyon, Paris) <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Génotype fonctionnel retenu : <i>Texte court</i>	
Activité de la LPL testée (activité plasmatique LPL post-héparine) ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si oui, lieu de l'analyse : <i>Texte court</i>	
Si oui, résultats (et normes de laboratoire) <i>Texte court</i>	

HISTOIRE DE LA MALADIE

Question	Réponse
Triglycéridémie actuelle (à jeun) : mmol/L ou g/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Triglycéridémie maximale documentée : mmol/L ou g/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Triglycéridémie minimale documentée : mmol/L ou g/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Antécédent de pancréatite(s) aiguë(s) documentée(s) au cours de la vie du patient ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si oui, nombre total de pancréatite(s) aiguë(s) : <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Si oui, nombre total d'hospitalisation(s) <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Si oui, de pancréatite aiguë grave ou compliquée (nécrose pancréatique)	☐ Oui ☐ Non

confirmée sur scannographie, infection de nécrose) <i>Choix unique</i>	
Episode(s) de pancréatite(s) aiguë(s) dans l'année précédente ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Si oui, nombre de pancréatite(s) aigüe(s) : <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Précision <i>CrossTable</i>	_____
Pancréatite chronique (calcifications ou anomalies canalaies) ? : <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Diabète existant ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Type 1 : <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Type 2 : <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Type 3 : <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Ne sait pas : <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Dénutrition : <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Autre antécédent médical significatif ; Comorbidités : <i>Texte libre</i>	_____

Antécédents ischémiques :

Question	Réponse
Insuffisance coronarienne <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
date premier evt <i>Date</i>	_____
Nombre total d'événements <i>Texte court</i>	_____
SCA ST- ou ST+ ou IDM	☐ Oui

<i>Choix unique</i>	☐ Non
date premier evt <i>Date</i>	
Nombre total d'événements <i>Texte court</i>	
Accident vasculaire cérébral <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
date premier evt <i>Date</i>	
Nombre total d'événements <i>Texte court</i>	
Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs revascularisée <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
date premier evt <i>Date</i>	
Nombre total d'événements <i>Texte court</i>	
Antécédent de phlébite <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
date premier evt <i>Date</i>	
Nombre total d'événements <i>Texte court</i>	
Antécédent d'embolie pulmonaire <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
date premier evt <i>Date</i>	
Nombre total d'événements <i>Texte court</i>	

CONTRE-INDICATIONS AU TRAITEMENT PAR VOLANESORSEN

Question	Réponse
Hypersensibilité à la substance active du volanesorsen <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non

Thrombocytopénie existante < 140 000/mm3 <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
---	--

Principaux traitements concomitants

Question	Réponse
Le patient reçoit-il des traitements concomitants tels que des fibrates, oméga 3, statines, médicaments antiagrégants plaquettaires, anticoagulants, médicaments thrombocytopénians ou autres traitements jugés pertinents par le prescripteur. <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Tableau croisé <i>CrossTable</i>	

EXAMENS BIOLOGIQUES

Question	Réponse
Plaquettes <i>Date</i>	
Valeur .../mm3 <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Bandelette urinaire <i>Choix unique</i>	☐ Positive ☐ Négative
- Si BU positive : protéinurie 24h <i>Date</i>	
Débit de filtration glomérulaire <i>Date</i>	
Valeur ...g <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Valeur ...mL/min/1,73 m² <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Créatininémie <i>Date</i>	
Valeur ...µmol/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Bilan hépatique ASAT <i>Date</i>	
Valeur ...UI/L	Valeur : _____

<i>Valeur numérique</i>	
Bilan hépatique ALAT <i>Date</i>	
Valeur ...UI/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Bilan hépatique Phosphatase alcaline <i>Date</i>	
Valeur ...UI/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Bilan hépatique Bilirubine totale <i>Date</i>	
Valeur ...mg/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Bilan hépatique Gamma GT <i>Date</i>	
Valeur ...UI/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Bilan hépatique Vitesse de sédimentation (VS) <i>Date</i>	
Valeur ...mm <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Bilan hépatique Protéine C Réactive (CRP) <i>Date</i>	
Valeur ...mg/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Bilan hépatique Cholestérol total (Bilan lipidique) <i>Date</i>	
Valeur ...g/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Bilan hépatique Triglycéridémie <i>Date</i>	
Valeur ...g/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Bilan hépatique LDLc <i>Date</i>	
Valeur ...g/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Bilan hépatique HDLc <i>Date</i>	

Valeur ...g/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Bilan hépatique ApoB <i>Date</i>	_____
Glycémie <i>Date</i>	_____
Valeur ...g/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
Valeur ...g/L <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____
HbA1c (si diabète) Hémoglobine glyquée <i>Date</i>	_____
Valeur ...% <i>Valeur numérique</i>	Valeur : _____