

# RCP HYPO ADULTE

Questionnaire RCP

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\* Champ obligatoire

## Informations générales

| Question                                                                          | Réponse |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>CHU de suivi :</b><br><i>Texte court</i>                                       | <hr/>   |
| <b>Médecin référent en endocrinologie (Hôpital, ville):</b><br><i>Texte court</i> | <hr/>   |
| <b>Pathologie :</b><br><i>Texte libre</i>                                         | <hr/>   |

## Thématique

| Question                                                                   | Réponse                                                |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Accès précoce IMCIVREE ?</b><br><i>Choix unique</i>                     | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| <b>Obésité hypothalamique lésionnelle confirmée</b><br><i>Choix unique</i> | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| <b>Age &gt; 6 ans</b><br><i>Choix unique</i>                               | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| <b>Précisez ( Craniopharyngiome, autre ...)</b><br><i>Texte libre</i>      | <hr/>                                                  |
| <b>Obésité génétique</b><br><i>Choix unique</i>                            | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| <b>Précisez (POMC, PCSK1, LEPR)</b><br><i>Texte libre</i>                  | <hr/>                                                  |
| <b>Insuffisance hépatique</b><br><i>Choix unique</i>                       | <input type="radio"/> Oui                              |

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                   | <input type="radio"/> Non                              |
| InformationalNote                                                                                                                                                                                                 |                                                        |
| <b>Insuffisance rénale terminale</b><br><i>Choix unique</i>                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| <b>Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients</b><br><i>Choix unique</i>                                                                                                                     | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| <b>Patient présentant des idées suicidaires</b><br><i>Choix unique</i>                                                                                                                                            | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| <b>- Troubles psychiatriques graves (par exemple, schizophrénie, trouble bipolaire, trouble de la personnalité)</b><br><i>Choix unique</i>                                                                        | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| <b>- Résultats dermatologiques significatifs relatifs à un mélanome ou à des lésions cutanées pré-mélanome (à l'exclusion des lésions basales ou squameuses non invasives)</b><br><i>Choix unique</i>             | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| <b>- Troubles dépressifs majeurs au cours des 2 dernières années</b><br><i>Choix unique</i>                                                                                                                       | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| <b>- Antécédents familiaux proches (parents ou frères et sœurs) de cancer de la peau ou de mélanome (à l'exclusion des lésions basales ou épidermoïdes non invasives et infiltrantes).</b><br><i>Choix unique</i> | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |

## Antécédents et diagnostic :

| Question                                                  | Réponse |
|-----------------------------------------------------------|---------|
| <b>ANTECEDENTS (principaux) :</b><br><i>Texte libre</i>   |         |
| InformationalNote                                         |         |
| <b>Mode et Date de diagnostic :</b><br><i>Texte court</i> |         |

|                                                                                                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Principaux éléments au diagnostic (IRM, Champ visuel, bilan biologique) :</b><br><i>Texte libre</i> |  |
| <b>IMC actuel (Kg/m2) ou IMCz actuel (&lt; 18 ans)</b><br><i>Texte court</i>                           |  |
| <b>Génétique si réalisée :</b><br><i>Texte court</i>                                                   |  |

## Histoire de la maladie :

| Question                                                                                                                            | Réponse |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <i>InformationalNote</i>                                                                                                            |         |
| <b>Traitements éventuels (tolérance, efficacité) :</b><br><i>Texte court</i>                                                        |         |
| <b>Si traitement chirurgical, préciser le chirurgien, le compte rendu opératoire et l'anatomopathologie :</b><br><i>Texte libre</i> |         |
| <b>Suivi de l'efficacité: IRM/Champ visuel/biologie</b><br><i>Texte libre</i>                                                       |         |
| <b>RESULTAT ACTUEL</b><br><i>Texte libre</i>                                                                                        |         |
| <b>IRM : avec clichés</b><br><i>Texte libre</i>                                                                                     |         |
| <b>Question/ Problématique RCP :</b><br><i>Texte libre</i>                                                                          |         |

## Avis de la RCP

| Question                                                              | Réponse |
|-----------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Conclusions - Avis argumenté de la RCP :</b><br><i>Texte libre</i> |         |