

RCP GERONTO-VIH

(CONCERNE LES PVVIH AGEES DE 70 ANS ET PLUS)

Date ____/____/____

CENTRE DE PRISE EN CHARGE VIH

MEMBRES PRESENTS A LA RCP

Médecin référent VIH

Email

INFORMATIONS PATIENT

Initiales patient (Nom/Prénom) : ____/____ Sexe : H F
Mois et année de naissance : ____/____ Age : ____
Pays de naissance :
Taille à l'âge adulte : Poids il y a 12 mois :kg Poids actuel : kg
BMI :

INFORMATIONS GERIATRIQUES

Si au moins 3 cases sont cochées, le patient relève d'un avis de la RCP

- Isolement (Vit seul)
- Précarité sociale
- Perte d'autonomie récente (activité de la vie quotidienne)
- Perte de poids récente
- Chute dans les 6 derniers mois, nombre de chutes :
- Plainte mémoire
- Fatigue
- Troubles de l'humeur
- Poly-médications (au moins 3 comédications en plus des ARV)

Le patient a-t-il déjà bénéficié de :

- consultation gériatrique Si oui : date et conclusion
- bilan cognitif Si oui : date et conclusion
- Scanner cérébral Si oui, Date et CR
- IRM cérébrale Si oui, Date et CR

COMORBIDITES

- HTA
- AVC
- AOMI
- Cardiopathie ischémique
- Fibrillation atriale
- Diabète
- BPCO
- Maladie rhumatismale chronique
- Ostéoporose
- Insuffisance rénale chronique (préciser clairance :
- Cancer (préciser localisation et date de diagnostic.....)
- Hépatite VHB chronique (Ag HBs +)
- Hépatite VHC active
- Fibrose hépatique
- NASH
- Hypothyroïdie
- ATCD psychiatrique
- Autre (préciser) :

COMEDICATIONS (IL EST POSSIBLE DE FOURNIR UNE COPIE D'ORDONNANCE)

- | | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> | posologie : |
| <input type="checkbox"/> | posologie : |
| <input type="checkbox"/> | posologie : |
| <input type="checkbox"/> | posologie : |
| <input type="checkbox"/> | posologie : |
| <input type="checkbox"/> | posologie : |
| <input type="checkbox"/> | posologie : |
| <input type="checkbox"/> | posologie : |
| <input type="checkbox"/> | posologie : |
| <input type="checkbox"/> | posologie : |
| <input type="checkbox"/> Présence d'un aidant | Oui Non |

COMMENTAIRES EVENTUELS

.
.

INFORMATIONS VIH

Année de diagnostic VIH

Année de 1er traitement ARV

Nadir CD4/mm3

- Stade A
- Stade B
- Stade C (Préciser)
 - *Toxoplasmose cérébrale*
 - *LEMP*
 - *Encephalite VIH*
 - *Autre IO (préciser)*

Date du dernier bilan ___/___/___

CD4 /mm3. %

- Charge virale indétectable
 - Charge virale détectable Préciser : copies/ml
- Traitement ARV en cours
- Si oui, date de début de la dernière ligne ___/___/___
-
 -
 -
- Traitement continu
 - Traitement intermittent

Si vous souhaitez un avis thérapeutique ARV, fournir l'historique thérapeutique et l'ensemble des génotypes disponibles

COMMENTAIRES EVENTUELS

MOTIFS DE DEMANDE D'AVIS A LA RCP :

.
.

PROPOSITIONS DE LA RCP :

..

.
.
.

