

Maladie de Rendu-Osler

MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

Email du médecin prescripteur :

PATIENT ID

Numéro CIROCO:

Nom Prénom, spécialité, N°RPPS, lieu exercice :

Initiales (Nom/Prénom) : ___ / ___ F M

Naissance (MM/AAAA) : ___ / ___ / ___

Indication : Atteinte hépatique

Hémorragies digestives

Hémorragies nasales

Date 1^{ère} perfusion Bevacizumab : ___ / ___ / 20 ___

Signature :

Date de validation en RCP (si applicable) :

___ / ___ / 20___

• DONNÉES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES LE JOUR DU TRAITEMENT :

Poids : ___|___|___ kg - Taille : ___|___|___ cm - Hémoglobine | | | | g/dL - Ferritine | | | | µg/dL

ASAT : | | | | UI/L - ALAT : | | | | UI/L - Gamma GT : | | | | UI/L

Test de grossesse : négatif non applicable

Depuis la visite précédente (ou dans les 6 mois précédents si initiation)

<input type="checkbox"/> Transfusion de CGR	<input type="checkbox"/> Perfusion de Fer	<input type="checkbox"/> Mélémas	<input type="checkbox"/> Examens cardiologique
<ul style="list-style-type: none"> • ___ CGR le ___/___/___ 	Date : le ___/___/___ Traitement : <input type="checkbox"/> Venofer ou génériques <input type="checkbox"/> Ferinject Dose : ___ mg	Date(s) événement(s) : - - -	Echocardiographie : Date examen : ___/___/___ Index cardiaque: ___ ___ ___ L/min/m ²

Epistaxis recueil grille(s) et

Fréquence : Pluriquotidien Quotidien Plurihebdomadaire Hebdomadaire
 Mensuel Annuel Occasionnel Autre : _____

Evaluation clinique : amélioration évidente amélioration partielle non réponse aggravation non évalué

• ADMINISTRATION DU TRAITEMENT

DATE DE LA PERFUSION : ___ / ___ / 20___ (date perfusion précédente : ___ / ___ / ___)

Schéma d'induction : Perfusion 1 2 3 4 5 6

Schéma d'entretien, préciser fréquence : _____ Perfusion N° : _____

Posologie : 5 mg/kg Autre : ___|___ mg/kg

Spécialité administrée : Alymsys[®] Avastin[®] Aybintio[®] Mvasi[®] Abevmy[®]

Vegzelma[®] Zirabev[®] Autre : _____

• TOLERANCE DU BEVACIZUMAB ET POURSUITE DU TRAITEMENT

Le patient a-t-il présenté un effet indésirable ou une grossesse ?

NON OUI, déclarer l'effet indésirable (cf modalités en Annexe 5)

SI ARRÊT DU TRAITEMENT PAR BEVACIZUMAB:

Raison arrêt : Amélioration clinique Choix du patient Inefficacité Décès Perdu de vue Grossesse