|  |
| --- |
| Centre : ………………….Clinicien responsable : ………………….Date du recueil de données : ………………….Fiche d’information et de non opposition remise  |
| **Patient (*première lettre du nom et du prénom*) :** …. / …. |
| **Mois et année de naissance :** …. / …. |
| **Sexe :** F / M  |
| **Photographies disponibles** oui / non si Oui, consentement photo signé par le patient disponible dans le dossier indispensable  |
| Terrain |
| **Comorbidités** Immunodéprimé oui / non Si oui : - Transplantation d’organe solide Greffe de moelle Séropositivité VIH (CD4 ……../mm3 / CV : …….. copies/mL au plus proche de la vaccination)- Utilisation d’immunosupresseurs : corticoides systémiques siro/everolimus mycophénolate mofétil ciclosporine/tacrolimus azathioprine Autres ……………………………………………………….. (*préciser*)- Autre ……………………………………………………….. (préciser)Maladie auto-immune (Si oui, préciser………………………………………………………..) Maladie hématologique (Si oui, préciser……………………………………………………….)Diabète IMC …………….**Tabagisme**oui non Si oui, actif passif Nbre de Paquets/Années ………  |
| Histoire de la maladie  |
| **Localisation des verrues :** palmaire plantaire les deux extension au dos des mains au dos des pieds atteinte péri-unguéale associée oui non génitales associés : oui non indéterminé autres localisations associées : oui non indéterminé **Pourcentage de paume ou plante atteint (*mettre le plus important*)** : paume …….% ; plante ……..% **Taille de la plus grosse :** …………………..(*cm*) **Génotype HPV des verrues:** oui non Si oui, précisez ……………….**Durée d’évolution (mois)** : …………………… |
| **Gêne du patient** Invalidation à la marche Si oui : peut faire quelques pas et reste autonome aides pour les activités de la vie quotidienne (*courses, ménage…*) Impact psycho-social : Empêche la réalisation de certaines activités (piscine, …)  |
| Prise en charge antérieure  |
| **Traitement(s) reçu(s) avant le vaccin anti-HPV (*dans l’année précédente*) :**Cryothérapie , Si oui : nombre de séances ……Vaseline salicylée , Si oui : pourcentage utilisé ……% ; durée de son utilisation ……. (*semaines*) ; occlusion Laser ablatif, Si oui : nombre de séances ……Injection de bléomycine , Si oui : nombre de semaines de traitement ……Imiquimod (*Aldara®*) , Si oui : nombre de semaines de traitement ……5-FU (*Efudix®* ) , Si oui : nombre de séances …… ; occlusion Photothérapie dynamique , Si oui : nombre de séances …… Podophyllotoxine , Si oui : nombre de semaines de traitement ……Autre (*traitements non conventionnels*) : préciser : …………….**Vaccination HPV antérieure :**oui non Si oui : -année de vaccination ……………… ; vaccin bivalent tétravalent nonavalent - schéma vaccinal complet incomplet  |

|  |
| --- |
| Vaccination (*entre le 01/01/09 et le 01/07/20*) |
| **Âge à la vaccination** : ……. (*années*) |
| **Schéma vaccinal**Date de la 1ère injection M0 : ……/……/…… ; Typage du vaccin : Quadrivalent Nonavalent Date de la 2ème injection : ……/……/……  ; Typage du vaccin : Quadrivalent Nonavalent Date de la 3ème injection : ……/……/…… ; Typage du vaccin : Quadrivalent Nonavalent Vaccination supplémentaire Si oui, préciser : …………………………………. |
| **Tolérance** Aucun symptôme réaction au point d’injection signes systémiques (*sd grippal, fièvre*)  |
| **Autres traitement associés** (depuis la 1 ère injection vaccinale, jusqu’à M6 de la dernière injection vaccinale)Cryothérapie , Si oui : nombre de séances ……Vaseline salicylée , Si oui : pourcentage utilisé ……% ; durée de son utilisation ……. (*semaines*) ; occlusion Laser ablatif, Si oui : nombre de séances ……Injection de bléomycine , Si oui : nombre de semaines de traitement ……Imiquimod (*Aldara®*) , Si oui : nombre de semaines de traitement ……5-FU (*Efudix®*) , Si oui : nombre de séances …… ; occlusion Photothérapie dynamique , Si oui : nombre de séances …… Podophyllotoxine , Si oui : nombre de semaines de traitement ……Autre (*traitements non conventionnels*) : préciser : ……………. |
| Impact du vaccin  :  |
| **Date de la 1ère évaluation** **clinique dermatologique :** ……/……/…… ; soit à …….. (*mois*) de la 1 ère injectionPas de modification des lésions diminution entre 0 et 50% du pourcentage des lésions diminution entre 50 et 99% des lésions régression complète des lésionsDiminution de la gêne du patient Nouvelles lésions Si oui, préciser la localisation ……………………… |
| **Date de la 2ème évaluation** **clinique dermatologique :** ……/……/…… ; soit à …….. (mois) de la 1ère injection Pas de modification des lésions diminution entre 0 et 50% du pourcentage des lésions diminution entre 50 et 99% des lésions régression complète des lésionsDiminution de la gêne du patient Nouvelles lésions Si oui, préciser la localisation ……………………… |
| **Si amélioration**Date du début de la régression partielle des verrues estimée par le patient : ……/……/…… Date de la guérison complète estimée par le patient : ……/……/……  |
| **Evaluation à 6 mois de la dernière injection**Pas de modification des lésions diminution entre 0 et 50% du pourcentage des lésions diminution entre 50 et 99% des lésions régression complète des lésionsDiminution de la gêne du patient Nouvelles lésions Si oui, préciser la localisation ……………………… |
| **Date des dernières nouvelles :** ……/……/…… ; soit à …….. (*mois*) de la 1 ère injection *(*patient à rappeler dans le cadre du soin*)*Pas de modification des lésions diminution entre 0 et 50% du pourcentage des lésions diminution entre 50 et 99% des lésions régression complète des lésionsDiminution de la gêne du patient Nouvelles lésions Si oui, préciser la localisation ……………………… |

FICHE À ENVOYER par mail à **gardverrue@sfdermato.com**