|  |
| --- |
| 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 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 lésions  Diminution 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 lésions  Diminution 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 lésions  Diminution 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 lésions  Diminution de la gêne du patient  Nouvelles lésions Si oui, préciser la localisation ……………………… |

FICHE À ENVOYER par mail à [**gardverrue@sfdermato.com**](mailto:gardverrue@sfdermato.com)