**DEMANDE DE RCP POUR FCS (SHCF) / VOLANESORSEN (WAYLIVRA)**

**(Familial Chylomicronemia Syndrome ou Syndrome d’HyperChylomicronémie Familial)**

**Date de la demande de RCP : \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_** (jour/mois/année)

**Médecin en charge du patient : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ADRESSE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Médecin expert : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date de la RCP : \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_** (jour/mois/année)

|  |
| --- |
| **PATIENT** |
| Initiales du patient \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_ (3 premières lettres du nom + 2 premières lettres du prénom)Date de naissance \_ \_ /\_ \_ \_ \_ (mois / année) Age : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ansSexe : □ Homme □ Femme Poids : ….………. (kg) Taille : ………… (m) IMC : P/T2 = \_\_\_ \_\_\_, \_\_\_ kg/m2S’il s’agit d’une **Femme** :  * Souhait de **grossesse** ? □ Oui □ Non
* **Contraception** efficace (hors oestro-progestatifs) ? □ Oui □ Non □ Refus informé
 |
| **Date du diagnostic** du Syndrome d’Hyperchylomicronémie Familial : **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_**Diagnostic basé uniquement sur le **phénotype** ? □ Oui □ Non Complétez et indiquez le **score FCS** *(cf. en annexe 1)* : **\_\_ \_\_** **Test génétique réalisé** ? □ Oui □ Non □ En cours **Si oui, Date** : **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** **et** **Lieu** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Préciser pour chaque gène : variant délétère causal/variant SI/variant fréquent associé HTG/variant non fonctionnel*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Var délétère causal | Var rare SI | Var freq assoc HTG | Variant non fonctionnel |
| LPL |  |  |  |  |
| Apo AV |  |  |  |  |
| GPIHBP1 |  |  |  |  |
| LMF1 |  |  |  |  |
| Apo C2  |  |  |  |  |
| Apo C3 |  |  |  |  |
| Apo E |  |  |  |  |

**Résultats** :  □ WT *(Wild Type)* □ FCS A □ FCS B □ MCS C   □ MCS D *(cf annexe 2)* **Interprétation validée par un centre de biologique moléculaire référent** (Lille, Lyon, Paris)□ Oui □ Non**Génotype fonctionnel retenu :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(exemple : ApoC2 K77Q het, LPL P116R het, pol ApoA5\*2) :**Activité de la LPL testée** (activité plasmatique LPL post-héparine) ? □ Oui □ Non Si oui, **lieu** de l’analyse : ………………………………………………………………………………..Si oui, **résultat** ……………………… normales :………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **HISTOIRE DE LA MALADIE** |
| **Triglycéridémie actuelle (à jeun)** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmol/L ou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g/L **Triglycéridémie maximale documentée** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmol/L ou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g/L **Triglycéridémie minimale documentée** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmol/L ou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g/L ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**Antécédent de pancréatite(s) aiguë(s)** documentée(s) **au cours de la vie** du patient ? □ Oui □ Non Si oui, nombre total de **pancréatite(s) aigüe(s) :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_Si oui, nombre total **d’hospitalisation(s)** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Si oui, de **pancréatite aiguë grave ou compliquée** (nécrose pancréatique confirmée sur scannographie, infection de nécrose) □ Oui □ Non   **Episode(s) de pancréatite(s) aiguë(s) dans l’année précédente**? □ Oui □ Non**Si oui,** **nombre de pancréatite(s) aigüe(s)** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date** | **Hospitalisation** | **Durée d’hospitalisation** |
|  |  | **Durée** (en jours) en **soins intensifs** | **Durée** (en jours) **totale** |
| **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** | □ Non □ Oui  | …… jour(s) | …… jour(s) |
| **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** | □ Non □ Oui  | …… jour(s) | …… jour(s) |
| **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** | □ Non □ Oui  | …… jour(s) | …… jour(s) |
| **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** | □ Non □ Oui  | …… jour(s) | …… jour(s) |
| **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** | □ Non □ Oui  | …… jour(s) | …… jour(s) |

**Pancréatite chronique** (calcifications ou anomalies canalaires) ? : □ Oui □ Non**Diabète existant ?** □ Oui □ Non ; si oui :* + type 1 : □ Oui □ Non
	+ type 2 : □ Oui □ Non
	+ type 3 : □ Oui □ Non
	+ ne sait pas : □ Oui □ Non

**Dénutrition** : □ Oui □ NonAutre antécédent médical significatif ; Comorbidités : …………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………..……………………………………………..………………………………..……………………………………………………………………………..…………… **Antécédents ischémiques :**  *(n = nombre total d’événements)*Insuffisance coronarienne date premier evt \_\_/\_\_ □ Oui *n \_\_* □ Non  SCA ST- ou ST+ ou IDM date premier evt \_\_/\_\_ □ Oui *n \_\_* □ Non Accident vasculaire cérébral date premier evt\_\_/\_\_ □ Oui *n \_\_* □ Non  Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs revascularisée □ Oui *n \_\_* □ Non  date premier evt \_\_/\_\_ Antécédent de phlébite date premier evt \_\_/\_\_ □ Oui *n \_\_* □ Non Antécédent d’embolie pulmonaire date premier evt \_\_/\_\_ □ Oui *n \_\_* □ Non  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONTRE-INDICATIONS AU TRAITEMENT PAR VOLANESORSEN** | OUI | NON |
| Hypersensibilité à la substance active du volanesorsen | □ | □ |
| Thrombocytopénie existante **< 140 000/mm3** | □ | □ |

|  |
| --- |
| **Principaux traitements concomitants**  |
| Le patient reçoit-il des traitements concomitants tels que des fibrates, oméga 3, statines, médicaments antiagrégants plaquettaires, anticoagulants, médicaments thrombocytopéniants ou autres traitements jugés pertinents par le prescripteur. Non Oui, préciser :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Posologie | Date de début | Indication |
|  |  | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |  |
|  |  | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |  |
|  |  | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |  |
|  |  | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |  |
|  |  | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |  |

 |

|  |
| --- |
| **EXAMENS BIOLOGIQUES** |
| **Type** |  **Date Valeur** |
| Plaquettes | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| /mm3  |
| Bandelette urinaire |  **❑ positive ❑ négative** |
|  - Si BU positive : protéinurie 24h  | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| g |
| Débit de filtration glomérulaire | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| mL/min/1,73 m² |
| Créatininémie | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| µmol/L |
| Bilan hépatique | ALAT | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| UI/L  |
|  | ASAT | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| UI/L |
|  | Phosphatase alcaline | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| UI/L  |
|  | Bilirubine totale | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| mg/L |
|  | Gamma GT | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| UI/L |
| VS  | Vitesse de sédimentation | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| mm |
| CRP | Protéine C Réactive | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| mg/L |
| Bilan lipidique | Cholestérol total | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| g/L |
|  | Triglycéridémie | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| g/L |
|  | LDLc | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| g/L |
|  | HDLc | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| g/L |
|  | ApoB | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| g/L |
| Glycémie | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| g/L |
| HbA1c (si diabète) | Hémoglobine glyquée | **\_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_** |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| % |

**Annexe 1 (Score FCS)**

**Scoring FCS**

*Moulin P, Dufour R, Averna M, Bruckert E et al. Expert panel recommendations and proposal of an "FCS score". Atherosclerosis. 2018 Aug;275:265-272.*

**Complétez le score FCS :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nombre de points***(entourer chaque score et faire la somme)* |
| Triglycéridémie à jeun >10 mmol/l 3 fois consécutives\* | **+5** |
| Triglycéridémie à jeun >20 mmol/l au moins une fois | **+1** |
| Antécédent de triglycéridémie à jeun <2 mmol/l | **- 5** |
| Absence de cause secondaire\*\* (sauf grossesse\*\*\* et ethinylestradiol) | **+2** |
| Antécédent de pancréatite | **+1** |
| Douleur abdominale récurrente inexpliquée | **+1** |
| Absence d’antécédent familial d’hyperlipidémie | **+1** |
| Pas de réponse (baisse des TG <20%) à un traitement hypolipidémiant | **+1** |
| Survenue des symptômes à :  | < 40 ans< 20 ans< 10 ans | **+1****+2****+3** |
| **TOTAL** **(Somme des points)**  | **[\_\_\_\_\_\_\_]** |

*\*dosages séparés d’au moins un mois*

*\*\*dont alcool, diabète ; syndrome métabolique, hypothyroïdie, corticothérapie et autres traitements*

*\*\*\*répéter le diagnostic après la grossesse le cas échéant*

**Score ≤ 8 : SHCF très peu probable - Score ≤ 9 : SHCF peu probable - Score ≥10 : SHCF très probable**

**Annexe 2 (gène / variants)**

**FCS**

**(monogenic / low LPL activity)**

**FCS A** : Ho deleterious coding variant LPL

**FCS B** : Ho or Comp Het deleterious coding variant,

Apo AV, GPIHBP1, Apo C2, LMF1

**MCS**

**(oligogenic +/- secondary factors)**

**MCS C** : composite He coding variant +/- susceptibility variants

LPL>Apo AV>GPIHBP1>LMF1>Apo C2

**MCS D** : combination of variants/genetic load

Apo AV, apo E, apo C3, LPL, GPIHBP1, LMF1, Apo C2,…

S19W, E2, SSt1 2, D9N, C14F,

**CR téléconférence entre le médecin demandeur et le comité de RCP**

**Date** : \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ (jour/mois/année)

**Participants : Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Décision d’inclusion du patient dans l’ATU de cohorte Waylivra® (volanesorsen)** : **□ Oui □ Non**

**Date de réponse de la RCP** : \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ (jour/mois/année)