TRANSPLANT QUÉBEC

DEMANDE DE MELD-CHC

FOIE

☐ **Inscription initiale** ☐ **Recertification**

Formulaire à compléter pour toute demande de MELD-CHC et à joindre au formulaire INS-FOR-005 *Avis d'inscription/modification - FOIE*, accompagné des résultats d'imagerie et de laboratoire.

Le *Tableau I* doit être complété lors de l'inscription initiale, puis mis à jour lors des recertifications subséquentes.

Identification du patient

Nº dossier TQ : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Critères obligatoires		
Intra-Milan	Extra-Milan / Intra-TTV	Extra-TTV
☐ 1 lésion LIRADS-5 entre 2,1 et 5,0 cm **OU** ≤ 3 lésions de ≤ 3,0 cm dont au moins une est LIRADS-5 (les autres peuvent être LIRADS-4) ☐ AFP < 1000 µg/L ☐ Absence de thrombose tumorale à l'imagerie ☐ Absence de métastase à distance ☐ Période d'observation de 90 jours complétée (inscription initiale seulement)	☐ Volume tumoral total ≤ 115 cm^3 dont au moins une lésion est LIRADS-5 (les autres peuvent être LIRADS-4) ☐ AFP ≤ 400 µg/L ☐ Absence de thrombose tumorale à l'imagerie ☐ Absence de métastase à distance ☐ Période d'observation de 90 jours complétée (inscription initiale seulement)	☐ Absence de métastase à distance ☐ Absence de thrombose tumorale à l'imagerie ☐ TEP-scan négatif et/ou biopsie lésionnelle ne démontrant pas de tumeur mal différenciée (i.e. G3) lors du diagnostic initial de CHC extra-TTV ☐ Traitement locorégional permettant de faire une rétrogradation du CHC à un CHC intra-Milan ☐ AFP < 100 ng/mL après le traitement de rétrogradation ☐ Période d'observation de 180 jours complétée (inscription initiale seulement) ☐ Au terme de la période d'observation, stabilité du CHC à l'imagerie (augmentation de taille < 20%) et AFP < 100 µg/L

➲ **Les lésions inactives traitées depuis plus de deux ans lors de la demande initiale de MELD-CHC ne sont pas considérées dans le calcul du pointage.**

Tableau I - Lésions incluses dans le calcul — Pointage MELD-CHC : _____

Traitement locorégional : ☐ Non ☐ Oui, spécifier la date : _____ (AAAA-MM-JJ)

AFP lors de l'inscription initiale : Date des laboratoires : _____ (AAAA-MM-JJ) Valeur : _____

Lésions	Date du diagnostic (date de l'imagerie)	Taille (cm)	Lésion traitée	LIRADS	Localisation	Volume (cm^3) (si Intra-TTV)
Lésion # 1			☐			
Lésion # 2			☐			
Lésion # 3			☐			
Lésion # 4			☐			
Lésion # 5			☐			

➲ **Lors d'une recertification, toute nouvelle lésion ou toute lésion augmentée, décrites au *Tableau II*, devront être reportées dans le *Tableau I* lors des recertifications subséquentes.**

Tableau II - Recertification — Pointage MELD-CHC lors de la recertification : _____

Traitement locorégional : ☐ Non ☐ Oui, spécifier la date : _____ (AAAA-MM-JJ)

AFP lors de la recertification : Date des laboratoires : _____ (AAAA-MM-JJ) Valeur : _____ Valeur précédente : _____

Lésions	Date de l'imagerie	Taille (cm)		Lésion traitée	LIRADS	Localisation	Volume (cm^3) (si Intra-TTV)
		Inchangée / Diminuée	Augmentée (spécifier)				
Lésion # 1		☐		☐			
Lésion # 2		☐		☐			
Lésion # 3	_____	☐		☐			
Lésion # 4		☐		☐			
Lésion # 5		☐		☐			

Confirmation du pointage MELD-CHC : _____

Nom du médecin : _____ (en lettres moulées) **CH :** _____

Signature : _____ **Date :** _____ (AAAA-MM-JJ)