

CYTOPENIES AUTO-IMMUNES

Je déclare avoir informé mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Ses données de santé sont sous la responsabilité du centre de référence et sont susceptibles d'être réutilisées dans le cadre de la recherche. Elles pourront être partagées avec d'autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique. Le patient a bien été informé de son droit d'accès, d'opposition, de rectification et d'effacement de ces données.

MEDECIN REFERENT	Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Email : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	DATE DE LA DEMANDE	Date de la demande <input type="checkbox"/> 1 ^{er} avis <input type="checkbox"/> N° Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
STATUT	<input type="checkbox"/> Généraliste ville <input type="checkbox"/> Spécialiste ville <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier		
NOM DE L'HOPITAL-SERVICE	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	VILLE	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
TYPE DE RECOURS	<input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Consultation		

PATIENT

NOM D'USAGE	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	PRENOM	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
DATE DE NAISSANCE	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	SEXE	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
AGE DU PATIENT	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. <input type="checkbox"/> ans <input type="checkbox"/> mois	SECURITE SOCIALE FRANÇAISE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
LIEU DE NAISSANCE	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	COMMUNE DE RESIDENCE	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
PAYS DE NAISSANCE	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	PAYS DE RESIDENCE	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

HISTOIRE DE LA MALADIE

DATE DU DIAGNOSTIC	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	STATUT	<input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Confirmé
DIAGNOSTIC	<input type="checkbox"/> PTI nouvellement diagnostiqué <input type="checkbox"/> PTI persistant (>6mois) <input type="checkbox"/> PTI chronique (>12mois) <input type="checkbox"/> AHAI <input type="checkbox"/> Evans (AHA1+PTI) / pancytopenie		
CONTEXTE	<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire suspecté <input type="checkbox"/> Secondaire confirmé		
MYELOGRAMME	<input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Fait <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
MANIFESTATIONS IMMUNOPATHOLOGIQUES ASSOCIEES	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez le(s)quel(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. <input type="checkbox"/> Maladies auto-immunes <input type="checkbox"/> Hypogammaglobulinémie <input type="checkbox"/> Lymphoprolifération <input type="checkbox"/> Autre, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
TRAITEMENTS	REPONSES / SENSIBILITES	IgV (PTI) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Réponse (plq.>30G/l) <input type="checkbox"/> Réponse complète (plq.>100G/l) CT : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Réponse <input type="checkbox"/> Réponse complète	
	TRAITEMENTS DE 2^{nde}+/- 3^{ème} LIGNE	<input type="checkbox"/> DNZ <input type="checkbox"/> Anti-D <input type="checkbox"/> HCQ <input type="checkbox"/> SPX <input type="checkbox"/> RTX <input type="checkbox"/> ARTPO <input type="checkbox"/> AZA <input type="checkbox"/> MMF <input type="checkbox"/> SIRO <input type="checkbox"/> CICLO <input type="checkbox"/> Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	

ANTECEDENTS / COMORBIDITES

SYNDROME GENETIQUE CONNU	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
COMORBIDITE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
AUTRE(S) ANTECEDENT(S) NOTABLE(S)	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ESSAI CLINIQUE

PATIENT INCLUS DANS UN PROTOCOLE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
---	--

STATUT ACTUEL DU PATIENT

SIGNES DE GRAVITE CLINIQUE HEMORRAGIQUE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
SIGNES DE GRAVITE CLINIQUE D'ANEMIE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
TAUX DE PLAQUETTES ET/OU TAUX D'HEMOGLOBINE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
SIGNES INFECTIEUX	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
TRAITEMENT(S) EN COURS	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

AVIS DEMANDE

AVIS DEMANDE	<input type="checkbox"/> Diagnostique <input type="checkbox"/> Thérapeutique <input type="checkbox"/> Autre
QUESTION POSEE	Cliquez ici pour taper du texte.

AVIS DE LA RCP

COMMENTAIRES DE LA RCP	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES REFERENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L'AVIS DE	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
PARTICIPANTS	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.		
RESPONSABLE DE LA RCP	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	DATE DE LA RCP	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

CEREVANCE – Centre de référence des cytopénies auto-immunes de l'enfant
 Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH
 Tél. : 05.57.82.02.61 – Fax. : 05.57.82.02.79
 Email : nathalie.aladjidi@chu-bordeaux.fr
www.cerevance.fr

CERECAL – Centre de référence des cytopénies auto-immunes de l'adulte
 Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH
 Tél. : 01.49.81.20.76 – Fax. : 01.49.81.27.72
 Email : marc.michel2@aphp.fr
www.cerecai.fr

Version du 26 mars 2020