

CTYPOPENIES 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 ici pour taper du texte. Tél. : Cliquez ici pour taper du texte. Email : Cliquez ici pour taper du texte.	DATE DE LA DEMANDE	Cliquez ici pour entrer une date. <input type="checkbox"/> 1 ^{er} avis <input type="checkbox"/> N° Cliquez ici pour taper du texte.
STATUT	<input type="checkbox"/> Généraliste ville <input type="checkbox"/> Spécialiste ville <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier		
NOM DE L'HOPITAL-SERVICE	Cliquez ici pour taper du texte.	VILLE	Cliquez ici pour taper du texte.
TYPE DE RECOURS	<input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Consultation		

Patient

NOM D'USAGE	Cliquez ici pour taper du texte.	PRENOM	Cliquez ici pour taper du texte.
DATE DE NAISSANCE	Cliquez ici pour taper du texte.	SEXE	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
AGE DU PATIENT	Cliquez ici pour taper 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 ici pour taper du texte.	COMMUNE DE RESIDENCE	Cliquez ici pour taper du texte.
PAYS DE NAISSANCE	Cliquez ici pour taper du texte.	PAYS DE RESIDENCE	Cliquez ici pour taper du texte.

Histoire de la maladie

DATE DU DIAGNOSTIC	Cliquez ici pour taper 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 ici pour taper du texte.		
MANIFESTATIONS IMMUNO-PATHOLOGIQUES ASSOCIEES	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez le(s)quel(s) : <input type="checkbox"/> Maladies auto-immunes <input type="checkbox"/> Hypogammaglobulinémie <input type="checkbox"/> Lymphoprolifération <input type="checkbox"/> Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.		
TRAITEMENTS	REPONSES / SENSIBILITES	IgIV (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 ici pour taper du texte.	

Antécédents / Comorbidités

SYNDROME GENETIQUE CONNU	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez Cliquez ici pour taper du texte.
COMORBIDITE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez Cliquez ici pour taper du texte.

AUTRE(S) ANTECEDENT(S) NOTABLE(S)	Cliquez ici pour taper du texte.
--	----------------------------------

Essai clinique

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

Statut actuel du patient

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

Avis de la RCP

AVIS DEMANDE	<input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Thérapeutique <input type="checkbox"/> Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.		
QUESTIONS POSEES	Cliquez ici pour taper du texte.		
CONTEXTE	Cliquez ici pour taper du texte.		
AVIS DE LA RCP	Cliquez ici pour taper du texte.		
PROPOSITION D'INCLUSION DANS UN ESSAI CLINIQUE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.		
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES REFERENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L'AVIS DE LA RCP	Cliquez ici pour taper du texte.		
RESPONSABLE DE LA RCP	Cliquez ici pour taper du texte.	DATE DE LA RCP	Cliquez ici pour entrer une date.

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 18 mars 2019