**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.  1er avis N°Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **STATUT** | Généraliste ville | Spécialiste ville | | | Médecin hospitalier |
| **NOM DE L’HOPITAL-**  **SERVICE** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **VILLE** | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **TYPE DE RECOURS** | Téléphone | Email | | | 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** | F M |
| **AGE DU PATIENT** | Cliquez ici pour taper du texte. ans mois | **SECURITE SOCIALE FRANÇAISE** | Oui 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** | Indéterminé  Probable | En cours  Confirmé |
| **DIAGNOSTIC** | PTI nouvellement diagnostiqué PTI persistant (>6mois)  PTI chronique (>12mois) AHAI Evans (AHAI+PTI) / pancytopénie | | | | |
| **CONTEXTE** | Primaire Secondaire suspecté Secondaire confirmé | | | | |
| **MYELOGRAMME** | Non fait Fait  Normal Anormal, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **MANIFESTATIONS IMMUNO-PATHOLOGIQUES ASSOCIEES** | Non Oui, précisez le(s)quel(s) :  Maladies auto-immunes Hypogammaglobulinémie Lymphoprolifération Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **TRAITEMENTS** | **REPONSES / SENSIBILITES** | IgIV (PTI) : Non Réponse (plq.>30G/l) Réponse complète (plq.>100G/l) | | | |
| CT : Non Réponse Réponse complète | | | |
| **TRAITEMENTS DE 2nde+/- 3ème LIGNE** | DNZ Anti-D HCQ SPX RTX ARTPO AZA MMF SIRO CICLO Autres : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Antécédents / Comorbidités** | |
| **SYNDROME GENETIQUE CONNU** | Oui Non  Si oui, précisez  Cliquez ici pour taper du texte. |
| **COMORBIDITE** | Oui 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** | Oui Non  Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Statut actuel du patient** | |
| **SIGNES DE GRAVITE CLINIQUE HEMORRAGIQUE** | Oui Non  Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **SIGNES DE GRAVITE CLINIQUE D’ANEMIE** | Oui Non  Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **TAUX DE PLAQUETTES ET/OU TAUX D’HEMOGLOBINE** | Oui Non  Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **SIGNES INFECTIEUX** | Oui 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** | Diagnostic Thérapeutique  Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **QUESTIONS POSEE** | 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** | Oui 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. |

**RCP régionale du centre** Cliquez ici pour taper du texte. **à envoyer par email à** Cliquez ici pour taper 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](mailto:nathalie.aladjidi@chu-bordeaux.fr)  [www.cerevance.fr](http://www.cerevance.fr) | **CERECAI – 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](mailto:marc.michel2@aphp.fr)  [www.cerecai.fr](http://www.cerecai.fr) |

Version du 18 mars 2019