9

**RCP MGCS cutanée**

Je déclare avoir informé le patient du passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Ses données de santé, incluant des photographies des lésions cutanées le cas échéant, 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° Valeur. | |
| **SPECIALITE** |  |  | | |  |
| **NOM DE L’HOPITAL-**  **SERVICE** |  | | **VILLE** | Cliquez ici pour taper du texte. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PATIENT** | | | |
| **NO**M **DE NAISSANCE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **PRENOM** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **NOM D’USAGE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **SEXE** | F M |
| **DATE DE NAISSANCE** | Cliquez ici pour entrer une date. | **COMMUNE DE RESIDENCE / PAYS** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **PAYS DE NAISSANCE** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HISTOIRE DE LA MALADIE CUTANEE** | | | | | | |
| **DATE DU DIAGNOSTIC** | Cliquez ici pour entrer une date. | | **STATUT** | Indéterminé  Probable | | En cours  Confirmé |
| **DIAGNOSTIC** | Agglutinines froides Amylose AL localisée  Cryoglobulinémies  Cutis Laxa acquis Dermatose neutrophilique  POEMS  Sd Schnitzler  Xanthomes/Xanthogranulomes necrobiotiques  Scléromyxoedème/Mucinose Papuleuse  TEMPI  Autre maladie : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| **CLINIQUE** | **HISTOIRE DE LA MALADIE** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **ATTEINTES CUTANEES ACTUELLES** | **Descriptions des lésions élémentaires et topographie**  Cliquez ici pour taper du texte. | | | | Arthralgies Fièvre |
| **DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE** | **Préciser les biopsies réalisées, le typage des dépôts.**  **(*Joindre le(s) compte(s) rendu(s) si possible)***  Cliquez ici pour taper du texte. | | | | **IF**  **Rouge**  **Congo** | **DATE**: Cliquez ici pour entrer une date. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BILAN BIOLOGIQUE RECENT** | | | | | |
| **IMMUNO-HEMATO** | **HEMATO** | GB: Valeur. G/l | PNN: Valeur. G/l | Ly: Valeur. G/l | Eo: Valeur. G/l |
| Hb: Valeur. g/dl | CRP: Valeur. mg/l | Ferritinémie: Valeur. g/l | Fibrinogène: Valeur. g/l |
| **CHAINES LEGERES** | Kappa : Saisir une valeur.mg/l  Lambda : Saisir une valeur.mg/l Rapport : Saisir une valeur. | | | |
| Test utilisé : Freelite (Binding Site) N Latex (Siemens) | | | |
| **PIC MONOCLONAL** | Date de découverte de la gammapathie : Saisir une valeur. | | | |
| Négatif  Positif > Type Ig : G A M CLL seules ; Lambda Kappa  Estimation Pic : Cliquez ici pour taper du texte. g/l. Gamma : Valeur. g/l | | | |
| **BJ URINE** | Négative  Positif > Type Ig : G A M CLL seules ; Lambda Kappa | | | |
| **PLASMOCYTOSE MEDULLAIRE** | Valeur.% | **CYTOGENETIQUE** | del17 oui  non  ND  t(4;14)  oui  non  ND  t(11;14)  oui  non  ND  Autre : Cliquez ici pour taper du texte. | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BILAN RENAL** | **CREATININE** | Valeur. μmol/l | **DFG** | Valeur. ml/min | **Albumine** | Valeur. g/l |
| **PROTEINURIE 24H** | Valeur g/24h | **Ratio protéinurie/ créatinurie** | | | Valeur mg/mmol |

|  |  |
| --- | --- |
| **AUTRE(S)** | **(Recherche de cryoglobuline (si + type), FR, résultats du C3, C4, CH50, IL-1, IL-6, VEGF, bilan lipidique…)**  Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **TRAITEMENT(S) RECU(S)** | |
| **LIGNE 1**: Traitement : Cliquez ici pour taper du texte.  Réponse hématologique : Cliquez ici pour taper du texte.  Réponse dermatologique : Cliquez ici pour taper du texte.  Evolution autre(s) marqueur(s) pertinent(s) : Cliquez ici pour taper du texte. | **DATE DEBUT**: Valeur.  **DATE FIN**: Valeur. |
| **LIGNE 2**: Traitement : Cliquez ici pour taper du texte.  Réponse hématologique : Cliquez ici pour taper du texte.  Réponse dermatologique : Cliquez ici pour taper du texte.  Evolution autre(s) marqueur(s) pertinent(s) Cliquez ici pour taper du texte. | **DATE DEBUT**: Valeur.  **DATE FIN**: Valeur. |
| **Traitement(s) suivant(s)**: Cliquez ici pour taper du texte. | |

|  |
| --- |
| **AUTRE COMMENTAIRE** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **QUESTION(S) POSEE(S)** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AVIS DE LA RCP** | | | | |
| **AVIS DEMANDE** | Diagnostic  Traitement d’une récidive | Traitement initial après diagnostic  Ajustement thérapeutique | | |
| Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **AVIS DE LA RCP**  **Documenté** | 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. |
| **PARTICIPANTS** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |

Service d’Immuno-Hématologie – Hôpital Saint-Louis, Paris

Tél : 01.42.49.96.92 - Fax : 01.42.49.40.40

**Centre constitutif de l’amylose AL et autres maladies par dépôt d’immunoglobulines monoclonales**

**Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH**

**A adresser par mail**: rcp.mgcs.sls@aphp.fr