**MANIFESTATIONS SYSTEMIQUES DES HEMOPATHIES**

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** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  1er avis N° Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **STATUT** | Généraliste ville | Spécialiste ville | | | 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** | Téléphone | Email | | | Consultation |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PATIENT** | | | | |
| **NOM D’USAGE** |  | **PRENOM** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **DATE DE NAISSANCE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **SEXE** | F M |

|  |
| --- |
| **CONTEXTE** |
| 1. **Principales comorbidités :** 2. **Hémopathie : SMD/SMP/lymphome/MGUS…**   *si SMD/SMP : préciser classification OMS 2016, NFS, myélogramme, Perls, caryotype, NGS myéloïde (+vaf), score R-IPSS*  *si lymphome : préciser NFS, phéno sanguin, bio mol, myélogramme, anapath (BOM, ganglion), TAP, TEP, stade évolutif si MGUS/myélome : préciser EPP, IF, myélogramme, cytogénétique*   1. **Manifestations dysimmunitaires :**   \*Clinique :  \*Bilan immuno :  \*Imagerie : \*Anapath :   1. **Thérapeutique en cours :**   Hémopathie :  - transfusion  - EPO, ARTPO, GCSF *(posologie)*  - chimiothérapie :  - allogreffe/autogreffe :  Manifestations dysimmunitaires :  - corticothérapie *(posologie, dates/durée, CTC-sensibilité, CTC-dépendance, CTC-résistance)* :  - autres traitements *(posologie, dates/durée)* : |

|  |  |
| --- | --- |
| **AVIS DEMANDE** | |
| **AVIS DEMANDE** | Diagnostic Thérapeutique Autre |
| **QUESTION POSEE** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AVIS DE LA RCP** | | | |
| **COMMENTAIRES DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES REFERENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L’AVIS DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **PARTICIPANTS** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **RESPONSABLE DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | **DATE DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. |

**Manifestations dysimmunitaires des hémopathies**

Email : [arsene.mekinian@aphp.fr](mailto:arsene.mekinian@aphp.fr), vincent.jachiet@aphp.fr

Version du 7 octobre 2021