**MALADIES DE CASTLEMAN**

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 DE NAISSANCE\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | **PRENOM** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **NOM D’USAGE** | 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. | **AGE AU DIAGNOSTIC** | Cliquez ici pour taper du texte.  ans mois | | **STATUT** | Indéterminé  Probable | En cours  Confirmé |
| **DIAGNOSTIC** | Castleman unicentrique | | | | | | |
| Catleman multicentrique HHV8- | | | TAFRO : Oui Non | | | |
| Castleman multicentrique HHV8+ | | | Date PCR HHV8 : Cliquez ici pour taper du texte.  Marquage LNA : Positif Négatif  Kaposi : Non Antécédents Kaposi évolutif | | | |
| **DETAIL DIAGNOSTIC** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | |
| **AUTRE PATHOLOGIE** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HIV** | | | |
| Oui Non | Date de prélèvement bio : Cliquez ici pour taper du texte. | CD4 : Cliquez ici pour taper du texte./mm3 | Charge virale : Cliquez ici pour taper du texte.log/mL |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AUTO-IMMUNITE** | | |
| Non AHAI PTI Pemphigus Autre auto-immunité : Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| Neuropathie  Oui Non | Hémophagocytose  Oui Non | Maladies systémiques : Oui Non  Lupus Sjogren Autre maladie systémique : Cliquez ici pour taper du texte. |
| Lymphome  Oui Non | Date du diagnostic : Cliquez ici pour taper du texte.  Hodgkin Lymphome HHV8 Autre lymphome : Cliquez ici pour taper du texte. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BIOPSIE(S)\*** | | |
| Date : Cliquez ici pour taper du texte. | Date : Cliquez ici pour taper du texte. | Date : Cliquez ici pour taper du texte. |
| Détail : Cliquez ici pour taper du texte. | Détail : Cliquez ici pour taper du texte. | Détail : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIOLOGIE** | | | **Date :** Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Hb** | **Plaquettes** | **CRP** | **Gammaglobulines** | **Ig monoclonale** |
| Cliquez ici pour taper du texte.g/dL | Cliquez ici pour taper du texte..mm3 | Cliquez ici pour taper du texte.mg/L | Cliquez ici pour taper du texte..g/L | Oui Non |
| **Ferritinémie** | **VGEF** | **IL6** | **Albumine** | **Test de coombs** |
| Cliquez ici pour taper du texte.μg/L | Cliquez ici pour taper du texte.ng/mL | Cliquez ici pour taper du texte.pg/mL | Cliquez ici pour taper du texte.g/L | Positif Négatif |

|  |  |
| --- | --- |
| **TRAITEMENTS** | |
| **TRAITEMENT(S) REÇU(S)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **TRAITEMENT(S) ANTERIEUREMENT EFFICACE(S)** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AVIS DE LA RCP** | | | |
| **AVIS DEMANDE** | Diagnostic Thérapeutique Autre | | |
| **QUESTION POSEE** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **STATUT DU DIAGNOSTIC** | Confirmé Probable Infirmé | | |
| **PROPOSITION THERAPEUTIQUE** | Chirurgie Radiothérapie Corticothérapie Abstention thérapeutique  Rituximab VP16 Rituximab VP16 Rituximab caelyx Tocilizumab  Autre : Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **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 entrer une date. |

**CNR MAT - Centre de référence de la maladie de Castleman**

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

Email : [contact@castleman.fr](mailto:contact@castleman.fr) - [www.castleman.fr](http://www.castleman.fr)

Version du 5 avril 2019