

COVID-19 prouvé par PCR et cytopénies auto-immunes

Centre de suivi : _____ Méd. Référent : _____

Nom (3 premières lettres) |__|__|__| Prénom (3 premières lettres |__|__|__|

Date de naissance (mois /année): |__|__|/|__|__|__|__| Sexe : M F

COVID-19 chez un patient connu pour PTI, AHAI ou Syndrome d'EVANS

Date de diagnostic (PCR+ COVID-19) |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| Cas symptomatique

Cas contact

Nature de la cytopénie AHAI oui non date de diag. |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

PTI oui non date de diag. |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Evans oui non date de diag. |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Traitement de la cytopénie en cours au moment de la PCR COVID-19

abstention antécédent de splénectomie azatioprine autre : _____

immunoglobulines rituximab mycophénolate mofétil

corticoïdes hydroxychloroquine sirolimus

COVID-19 déclenchant un PTI, une AHAI ou un Syndrome d'EVANS

Date de diagnostic (PCR+ COVID-19) |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| Cas symptomatique

Cas contact

Nature de la cytopénie AHAI oui non date de diag. |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

PTI oui non date de diag. |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Evans oui non date de diag. |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Accord des parents pour l'inclusion dans la cohorte OBS'CEREVANCE

Les parents ou le patient majeur ont-ils donné leur accord pour l'inclusion du patient dans la cohorte OBS'CEREVANCE ? oui non

Nb : en cas d'accord des parents, merci de nous adresser la copie du consentement, les courriers retraçant l'histoire de la cytopénie et d'ajouter le Dr Nathalie Aladjidi dans les destinataires des prochains courriers.

Nom Prénom, mail, hôpital
(ou tampon)