**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. Je déclare avoir informé mon patient de l’enregistrement de ses données dans un Registre National sous la responsabilité du Centre de Référence et avoir recueilli un avis de non-opposition. Les données 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 |
| **ORIGINE ETHNIQUE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **SECURITE SOCIALE FRANÇAISE** | Oui Non |
| **LIEU DE NAISSANCE\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | **COMMUNE DE RESIDENCE (code)\*** | 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** | Castleman unicentrique | | | | |
| Catleman multicentrique HHV8- | | | TAFRO : Oui Non | |
| Castleman multicentrique HHV8+ | | | Date PCR : .. /.. /…. Non faite  Cliquez ici pour taper du texte.log/mL  Marquage LNA : Positif Négatif Non fait  Kaposi : Non Antécédent/ non évolutif Evolutif | |
| **HISTOIRE DE LA MALADIE** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PATHOLOGIE ASSOCIEE** | |
| **QUESTION POSEE** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HIV** | | |
| Oui Non Inconnu | 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 | Maladie systémique : Oui Non  Lupus Sjögren 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)\* - *Joindre le(s) compte(s) rendu(s)*** | | |
| Date : Cliquez ici pour taper du texte. | Date : Cliquez ici pour taper du texte. | Date : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IMAGERIE - *Joindre le(s) compte(s) rendu(s)*** | | | |
| **TDM** | Oui  Non  Date : Cliquez ici pour taper du texte. | **TEP-TDM** | Oui Non  Date : 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** | **VEGF** | **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) RECU(S)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **REPONSE** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **TRAITEMENT(S) RECU(S)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **REPONSE** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **TRAITEMENT(S) RECU(S)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **REPONSE** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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. | | |
| **STATUT DU DIAGNOSTIC** | Confirmé Probable Infirmé | | |
| **PROPOSITION THERAPEUTIQUE** | Chirurgie Tocilizumab  Siltuximab Rituximab  VP16 Rituximab VP16  Rituximab Caelyx  Corticothérapie Radiothérapie Abstention thérapeutique  Autre : Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **AUTRE PROPOSITION** | 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. |

**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 26 mars 2020