**DEFICITS IMMUNITAIRES CHEZ L’ADULTE**

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 ici pour entrer une date.  1er avis N°Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **STATUT** | Médecin hospitalier | Spécialiste ville | | | Généraliste ville |
| **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\*** | Nom de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Nom d’usage : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **PRENOM** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **DATE DE NAISSANCE\*** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **SEXE\*** | F M |
| **AGE DU PATIENT** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. ans mois | **SECURITE SOCIALE FRANÇAISE** | Oui Non |
| **LIEU DE NAISSANCE\*** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **COMMUNE DE RESIDENCE\*** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **PAYS DE NAISSANCE\*** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **PAYS DE RESIDENCE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **ORIGINE** | Caucasien Asie sud-est Maghreb Afrique Noire  Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DONNEES PATIENT** | |
| **CONSANGUNITE** | Oui Non Possible |
| **APPARENTES ATTEINTS** | Oui, précisez : Parents Fratrie Enfants  Non |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNOSTIC CLINIQUE** | | | | |
| **TYPE DE DEFICIT IMMUNITAIRE** | DICV Sous classes lgG lgA isolé lgA sous classes Déficit en lgM isolé  Bruton CID Lymphopénie CD4  STAT3 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Infection fungique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Infection mycobactérie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Infection virale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |
| **IDENTIFICATION GENETIQUE** | Oui, mutation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  En cours : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Non | | | |
| **CLINIQUE** | Infection :  Aucune Bactérienne Virale Fongique  Préciser les germes : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Auto-immunité :  Aucune PTI AHAI  Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Lymphoprolifération : | | Maladie hépatique : | |
| Aucune  Hyperplasie folliculaire  Granulome | Lymphome  Sans histologie  Splénomégalie | Aucune  HNR  Infiltration CD8 | Granulome  HTP |
| Maladie digestive : Aucune MICI like Diarrhée chronique Hyperplasie Dénutrition | | | |
| **BIOLOGIE** | lgG lgA lgM CD19 CD4 naifs / mémoires CD8 naifs / mémoires NK | | | |
| **ENREGISTREMENT** | DEFI/DEFIGENE  CEREDIH | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **AVIS DEMANDE** | |
| **PROBLEME ACTUEL** | Diagnostic : Oui Non |
| Thérapeutique : Abatacept Sirolimus Corticoides Entocort Rituximab Antibiotiques  Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AVIS DE LA RCP** | | | |
| **COMMENTAIRES DE LA RCP** | Explorations complémentaires : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Traitement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES REFERENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L’AVIS DE** | 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. |

**CEREDIH- Centre de référence des déficits immunitaires héréditaires (Cohorte DEFI)**

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

Tél. : xx.xx.xx.xx.xx – Fax. : xx.xx.xx.xx.xx - Email : [claire.fieschi@aphp.fr](mailto:claire.fieschi@aphp.fr)

[www.ceredih.fr](http://www.ceredih.fr)

Version du 29 avril 2020