9

**AMYLOSE AL ET AUTRES MALADIES PAR DEPOT D’IMMUNOGLOBULINES**

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** | | | |
| **NO**M **DE NAISSANCE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **PRENOM** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **NOM D’USAGE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **SEXE** | F M |
| **DATE DE NAISSANCE** | Cliquez ici pour entrer une date. | **SECURITE SOCIALE FRANÇAISE** | Oui Non |
| **AGE DU PATIENT** | Cliquez ici pour taper du texte. ans | **COMMUNE DE RESIDENCE** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HISTOIRE DE LA MALADIE** | | | | |
| **DATE DU DIAGNOSTIC** | Cliquez ici pour entrer une date. | **STATUT** | Indéterminé  Probable | En cours  Confirmé |
| **AGE AU DIAGNOSTIC** | Cliquez ici pour taper du texte. ans | | | |
| **DIAGNOSTIC** | Amylose AL Autre maladie : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE** | **(Préciser les biopsies réalisées, le typage des dépots)**  Cliquez ici pour taper du texte. | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BILAN INITIAL** | | | | |
| **CLINIQUE** | **HDM** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **ATTEINTES** | Cœur Rein Nerf Foie Tissus mous Tube digestif  Autres, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **IMMUNO-HEMATO** | **CHAINES LEGERES** | Kappa : Saisir une valeur.mg/l  Lambda : Saisir une valeur.mg/l  Rapport : Saisir une valeur.  Test utilisé : Freelite (Binding Site) N Latex (Siemens) | | |
| **PIC MONOCLONAL** | Négative  Positif > Type Ig : G A M CLL seules ;  Lambda Kappa  Estmation Pic : Cliquez ici pour taper du texte.g/l | | |
| **BJ URINE** | Négative  Positif > Type Ig : G A M CLL seules ;  Lambda Kappa | | |
| **PLASMOCYTOSE MEDULLAIRE** | Saisir une valeur. % | **CYTOGENETIQUE** | del17 t(4;14) t(11;14)  Autre : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BILAN RENAL** | **CREATININE** | Valeur. μmol/l | **DFG** | Valeur. ml/min | **Albumine** | Valeur. g/l |
| **PROTEINURIE 24H** | Valeur g/24h | **Ratio protéinurie/ créatinurie** | | | Valeur mg/mmol |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BILAN**  **HEPATIQUE** | **TAILLE DU FOIE** | Valeur cm | | | | |
| **PAL** | Valeur. UI/l | **GAMMA GT** | Valeur. UI/l | **BILI D** | Valeur. μmol/l |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MARQUEURS**  **CARDIAQUES** | **NT-proBNP** | Valeur. ng/l | **BNP** | | Valeur. ng/l |  |  | |
| **TROPONINE US** | Valeur. μg/l | **cTNT** | | Valeur. μg/l | **cTNI** | Valeur. μg/l | |
| **STAGING**  **MAYO CLINIC** | I II III IIIB | | | | | | |
| **ECHOCARDIO** | **SIVd** | Valeur. mm | | **FEVG** | Valeur. % | **STRAIN LONGITUDINAL** | | Valeur. % |
| **ECG** | Microvoltage  Sinusal  ACFA  TDC | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **AUTRE(S)** | **(Recherche de cryoglubuline, résultat du C3, C4, Facteur B, CH50…)**  Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **TRAITEMENT(S) RECU(S)** |
| Ligne 1 :  Traitement : Cliquez ici pour taper du texte.  Evolution des chaines légères : Cliquez ici pour taper du texte.  Evolution autre(s) marqueur(s) pertinent(s) : Cliquez ici pour taper du texte.  Ligne 2 : Cliquez ici pour taper du texte.  Traitement : Cliquez ici pour taper du texte.  Evolution des chaines légères : Cliquez ici pour taper du texte.  Evolution autre(s) marqueur(s) pertinent(s) Cliquez ici pour taper du texte.    Traitement(s) suivant(s) : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **EVENEMENT(S) RECENT(S)** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AVIS DE LA RCP** | | | |
| **AVIS DEMANDE** | Discussion diagnostic  Discussion de traitement d’une récidive | Décision de traitement initial après diagnostic  Ajustement thérapeutique | |
| Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **QUESTIONS POSEES** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **PARTICIPANTS** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **AVIS DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **REFERENCES ET REFERENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L’AVIS DE LA RCP** | 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. |

**Centre de référence de l’amylose AL et autres maladies par dépôt d’immunoglobulines monoclonales**

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

Tél. : 05.55.05.66.51 – Fax. : 05.55.05.66.49 – Email : [arnaud.jaccard@chu-limoges.fr](mailto:arnaud.jaccard@chu-limoges.fr)

Tél. : 05.49.44.41.59 – Fax. : 05.49.44.42.36 – Email : [frank.bridoux@chu-poitiers.fr](mailto:frank.bridoux@chu-poitiers.fr)

[www.unilim.fr/cr-amylose-al](http://www.cereo.fr)

Version du 04 mai 2020