**CTYPOPENIES AUTO-IMMUNES**

☒ 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 D’USAGE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **PRENOM** | 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. | | **STATUT** | ☐Indéterminé  ☐Probable | ☐En cours  ☐Confirmé |
| **DIAGNOSTIC** | ☐PTI nouvellement diagnostiqué ☐PTI persistant (>6mois)  ☐PTI chronique (>12mois) ☐AHAI ☐Evans (AHAI+PTI) / pancytopénie | | | | |
| **CONTEXTE** | ☐Primaire ☐Secondaire suspecté ☐Secondaire confirmé | | | | |
| **MYELOGRAMME** | ☐Non fait ☐Fait  ☐Normal ☐Anormal, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **MANIFESTATIONS IMMUNO-PATHOLOGIQUES ASSOCIEES** | ☐Non ☐Oui, précisez le(s)quel(s) :  ☐Maladies auto-immunes ☐Hypogammaglobulinémie ☐Lymphoprolifération ☐Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **TRAITEMENTS** | **REPONSES / SENSIBILITES** | IgIV (PTI) : ☐Non ☐Réponse (plq.>30G/l) ☐Réponse complète (plq.>100G/l) | | | |
| CT : ☐Non ☐Réponse ☐Réponse complète | | | |
| **TRAITEMENTS DE 2nde+/- 3ème LIGNE** | ☐DNZ ☐Anti-D ☐HCQ ☐SPX ☐RTX ☐ARTPO ☐AZA ☐MMF ☐SIRO ☐CICLO ☐Autres : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANTECEDENTS / COMORBIDITES** | |
| **SYNDROME GENETIQUE CONNU** | ☐Oui ☐Non  Si oui, précisez  Cliquez ici pour taper du texte. |
| **COMORBIDITE** | ☐Oui ☐Non  Si oui, précisez  Cliquez ici pour taper du texte. |
| **AUTRE(S) ANTECEDENT(S) NOTABLE(S)** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESSAI CLINIQUE** | |
| **PATIENT INCLUS DANS UN PROTOCOLE** | ☐Oui ☐Non  Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **STATUT ACTUEL DU PATIENT** | |
| **SIGNES DE GRAVITE CLINIQUE HEMORRAGIQUE** | ☐Oui ☐Non  Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **SIGNES DE GRAVITE CLINIQUE D’ANEMIE** | ☐Oui ☐Non  Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **TAUX DE PLAQUETTES ET/OU TAUX D’HEMOGLOBINE** | ☐Oui ☐Non  Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **SIGNES INFECTIEUX** | ☐Oui ☐Non  Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **TRAITEMENT(S) EN COURS** | 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. | | |
| **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. |

|  |  |
| --- | --- |
| **CEREVANCE – Centre de référence des cytopénies auto-immunes de l’enfant**  **Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH**  Tél. : 05.57.82.02.61 – Fax. : 05.57.82.02.79  Email : [nathalie.aladjidi@chu-bordeaux.fr](mailto:nathalie.aladjidi@chu-bordeaux.fr)  [www.cerevance.fr](http://www.cerevance.fr) | **CERECAI – Centre de référence des cytopénies auto-immunes de l’adulte**  **Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH**  Tél. : 01.49.81.20.76 – Fax. : 01.49.81.27.72  Email : [marc.michel2@aphp.fr](mailto:marc.michel2@aphp.fr)  [www.cerecai.fr](http://www.cerecai.fr) |

Version du 26 mars 2020