**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** | |
| **CONSANGUINITE** | Oui Non Possible |
| **APPARENTES ATTEINTS** | Non recherché  Non  Oui, précisez : Parents Fratrie Enfants  Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIAGNOSTIC CLINIQUE** | | |
| **TYPE DE DEFICIT IMMUNITAIRE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **IDENTIFICATION GENETIQUE** | Non recherché  Non, pas de mutation  Oui, mutation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  En cours :  NGS CEDI  Exome  PFMG2025  Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **CLINIQUE** | Infection : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Auto-immunité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Lymphoprolifération : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Maladie hépatique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Atteinte digestive : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **BIOLOGIE** | lgG Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  lgA Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  lgM Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  NK Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | CD27 – IgD + Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  CD27+IgD- Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  CD4 naïfs/mémoires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  CD8 naïfs/mémoires Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  CD19 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  CD21 low Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **ENREGISTREMENT** | DEFI/DEFIGENE  CEREDIH | |

|  |  |
| --- | --- |
| **AVIS DEMANDE** | |
| **PROBLEME ACTUEL** |  |
| 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** | C.Fieschi F.Suarez | **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. : 01 42 49 96 90 – Fax. : 01 42 49 94 72 - Email : [claire.fieschi@aphp.fr](mailto:claire.fieschi@aphp.fr)

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

Version du 03 Mai 2021