**CYTOPENIES 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 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** | Date de la demande  1er avis N°Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **STATUT** | Généraliste ville | Spécialiste ville | | | Médecin hospitalier |
| **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 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. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HISTOIRE DE LA MALADIE** | | | | | |
| **DATE DU DIAGNOSTIC** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer 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 ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |
| **MANIFESTATIONS IMMUNO-PATHOLOGIQUES ASSOCIEES** | Non Oui, précisez le(s)quel(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Maladies auto-immunes Hypogammaglobulinémie Lymphoprolifération Autre, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer 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 ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **STATUT ACTUEL DU PATIENT** | |
| **SIGNES DE GRAVITE CLINIQUE HEMORRAGIQUE** | Oui Non  Si oui, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **SIGNES DE GRAVITE CLINIQUE D’ANEMIE** | Oui Non  Si oui, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **TAUX DE PLAQUETTES ET/OU TAUX D’HEMOGLOBINE** | Oui Non  Si oui, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **SIGNES INFECTIEUX** | Oui Non  Si oui, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **TRAITEMENT(S) EN COURS** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer 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 ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES REFERENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L’AVIS DE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **PARTICIPANTS** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **RESPONSABLE DE LA RCP** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **DATE DE LA RCP** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer 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