**SYNDROMES HYPEREOSINOPHILIQUES**

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. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNOSTIC** | | | | |
| **DATE DU DIAGNOSTIC** | Cliquez ici pour taper du texte. | **STATUT** | Indéterminé  Probable | En cours  Confirmé |
| **DIAGNOSTIC ACTUEL** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **DATE DE LA DERNIERE NFS SANS HYPEREOSINOPHILIE** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **DATE DE LA 1ère NFS AVEC HYPEREOSINOPHILIE** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **AUTRE(S) ANOMALIE(S) DE L’HEMOGRAMME(S) ?** | Oui  Non  Si oui, précisez (vous pouvez joindre la NFS) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |
| **DATE PNE MAX** | Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Chiffre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. x109/L | | | |
| **PRESENCE EVENTUELLE DE COMORBIDITES ET AUTRES ANTECEDENTS** | Oui Non  Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESENTATION CLINIQUE** | | | | | |
| **ATTEINTES** | Cardiaque | Cutanée | Digestive | Pulmonaire | SNC  SNP |
| Vasculaire et/ou thrombotique | | | | |
| **DATE DES 1er SYMPT.** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |
| **ATOPIE** | Oui Non | | | | |
| **DETAILLEZ** | Détaillez ici les éléments informatifs de l’histoire de la maladie et des éléments cliniques et paracliniques : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **BIOLOGIE (Ne pas hésiter à joindre des documents complémentaires si besoin)** | |
| **VITAMINE B12 MAX** | Non dosée Normale Augmentée : Cliquez ici pour taper du texte.ng/l pmol/l |
| **TRYPTASE MAX** | Non dosée Normale Augmentée : Cliquez ici pour taper du texte. μg/l |
| **IGE TOTALE MAX** | Non dosée Normale Augmentée, valeur normale sup. : Cliquez ici pour taper du texte. UI/l |
| **GAMMAGLOBULINES TOTALES** | Non dosée Normale Augmentée : Cliquez ici pour taper du texte.g/l |
| **ENQUETE PARASITAIRE & INFECTIEUSE** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **PHENOTYPAGE LYMPHOCYTAIRE T**  **(Joindre le résultat en pdf si possible)** | Non réalisé Absence de population normale  Population CD3- CD4+ Cliquez ici pour taper du texte. % parmi les lympho totaux  Population CD3+ CD4+ CD7- Cliquez ici pour taper du texte. % parmi les lympho totaux  Population CD3+ CD4- CD8- TCRab Cliquez ici pour taper du texte. % parmi les lympho totaux  Autre anomalie, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. % parmi les lympho totaux |
| **CLONALITE T** | Non réalisée Négative Positive > 2ème contrôle positif Oui Non |
| ***FIP1L1::PDGFRA*** | Non réalisé Absence Présence > Sang Moelle PCR FISH |
| ***JAK2 V617F*** | Non réalisé Négative Positive |
| **MYELOGRAMME** | Non réalisé Normal Anomalie, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **CARYOTYPE MEDULLAIRE** | Non réalisé  Normal  Anomalie, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **SEQUENÇAGE NGS**  **(Joindre le CR en pdf si possible)** | Non réalisé Normal  Mutation(s), et % de VAF, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.  Lieu et date de réalisation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **BIOPSIE**  **OSTEOMEDULLAIRE** | Non réalisée  Normale  Anomalie, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **TRAITEMENT REÇU** | |
| **TRAITEMENT ANTIPARASITAIRE REÇU** | Molécules, doses et durées : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **TRAITEMENTS DE FOND**  Précisez les dates de début et fin, posologies, réponses au traitement (efficacité clinique, efficacité sur l’éosinophilie, effets secondaires…) | Corticoïdes : Cliquez ici pour taper du texte. |
| INF-α : Cliquez ici pour taper du texte. |
| Hydroxyurée : Cliquez ici pour taper du texte. |
| Imatinib : Cliquez ici pour taper du texte. |
| Mepolizumab : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Benralizumab : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Ruxolitinib : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EVALUATION CLINICO BIOLOGIQUE ACTUELLE** | | | | | |
| **MANIFESTATIONS CLINIQUES** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |
| **DATE DE LA DERNIERE NFS** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **PNE (** x109/L) | Cliquez ici pour taper du texte. | **Hb (g/dl)** | Cliquez ici pour taper du texte. | **PLAQUETTES** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **CORTICODEPENDANCE** | Cliquez ici pour taper du texte.mg/j d’équivalent prednisone | | | | |
| **TRAITEMENTS ACTUELS** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **QUESTION POSEE A LA RCP : A REMPLIR IMPERATIVEMENT PAR LE CLINICIEN** | |
| **AVIS DEMANDE** | Diagnostic nosologique/Explorations complémentaires  Thérapeutique  Autre, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **QUESTION POSEE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **e-ETP CEREO** | Le CEREO met en œuvre un programme d’éducation thérapeutique centré sur les syndromes hyperéosinophiliques (et les maladies à éosinophiles localisées à un organe) accessible par visioconférence.  Souhaitez-vous être recontacté(e) pour plus d'informations ?  Oui  Non |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AVIS DE LA RCP** | | | | |
| **DIAGNOSTIC** | HE de signification indéterminée (=asymptomatique) > 1,5 G/l isolée (pas d’atteinte viscérale) | | | |
| SHE | Idiopathique Lymphoïde Clonal, précisez (mutation, SMD, SMP…) : Cliquez ici pour taper du texte.  SHE Overlap GEPA  SHE Overlap MAG4 | | |
| SHE réactionnel | Associée à un cancer solide ou une hémopathie, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.  Hyperéosinophilie iatrogène : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Parasitose, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.  Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| Autre diagnostic différentiel, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **EXAMENS COMPLEMENTAIRES**  **PROPOSES PAR LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **SYNTHESE ET PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES DE LA RCP** | Abstention thérapeutique | | | |
| Traitement locaux, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| Traitement général, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| Inclusion dans un essai, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **COMMENTAIRES DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 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. |

**CEREO – Centre de référence des syndromes hyperéosinophiliques**

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

Tél. : 01.46.25.21.46 – Fax. : 01.46.25.27.83 – Email : [avis.cereo@gmail.com](mailto:avis.cereo@gmail.com)

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

Version du 21 juillet 2023