

Cytopénies auto-immunes de l'enfant et de 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 concerné 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.”

MÉDECIN RÉFÉRENT	NOM : TÉL : EMAIL :	DATE DE LA DEMANDE	__ / __ / ____ 1 ^{er} avis N° ____
STATUT	Généraliste ville	Spécialiste ville	Médecin hospitalier
NOM DE L'HÔPITAL-VILLE		NOM DU SERVICE	
TYPE DE RECOURS	Téléphone	Email	Consultation

Patient

NOM D'USAGE		PRÉNOM	
SEXE F M	DATE DE NAISSANCE : __ / __ / ____ AGE DU PATIENT : __ ans __ mois	SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE : Oui Non	
PAYS DE NAISSANCE		LIEU DE NAISSANCE	
PAYS DE RÉSIDENCE		COMMUNE DE RÉSIDENCE	

Histoire de la maladie

DATE DU DIAGNOSTIC __ / __ / ____	En cours	Probable	Confirmé	Indéterminé	
DIAGNOSTIC	PTI nouvellement diagnostiqué	PTI chronique (>12 mois)	PTI persistant (>6 mois)	EVANS (AHAI+PTI) / pancytopenie AI	
CONTEXTE	Primaire	Secondaire suspecté	Secondaire confirmé		
MYÉLOGRAMME	Fait	Normal			
	Non fait	Anormal	Précisez :		
MANIFESTATIONS IMMUNO-PATHOLOGIQUES ASSOCIÉES	Oui Non Si oui le(s)quel(s) : Maladies auto-immunes Hypogammaglobulinémie Lymphoprolifération Autre :				
TRAITEMENTS	RÉPONSES / SENSIBILITÉ	IgV(PTI) :	Non	Réponse (plq.>30 G/L)	Réponse complète (plq.>100 G/L)
		CT :	Non	Réponse	Réponse complète
	TRAITEMENT DE 2^E +/- 3^E LIGNE	DNZ	Anti-D	HCQ	SPX
		SIRO	CICLO	Autres :	

Antécédents/ Comorbidités

SYNDROME GÉNÉTIQUE CONNU	Oui Non Si oui :
COMORBIDITÉS	Oui Si oui : Non

Essai clinique

PATIENT INCLUS DANS
UN PROTOCOLE

Oui Si oui :
Non

Statut actuel du patient

SIGNES DE GRAVITÉ CLINIQUE HÉMORRAGIQUE	Oui Si oui : Non
SIGNES DE GRAVITÉ CLINIQUE D'ANÉMIE	Oui Si oui : Non
TAUX DE PLAQUETTES ET/OU TAUX D'HÉMOGLOBINE	Oui Si oui : Non
SIGNES INFECTIEUX	Oui Si oui : Non
TRAITEMENT(S) EN COURS	

Avis de la RCP

AVIS DEMANDÉ	Diagnostique	Thérapeutique	Autre
QUESTION POSÉE			
CONTEXTE			
AVIS DE LA RCP			
PROPOSITION D'INCLUSION DANS UN ESSAI CLINIQUE	Oui Si oui : Non		
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES/ RÉFÉRENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L'AVIS DE LA RCP			
RESPONSABLE DE LA RCP		DATE DE LA RCP	__ / __ / ____

RCP régionale du Centre _____ à renvoyer par email au _____

Centre de référence des cytopénies auto-immunes de l'enfant
Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH

Tel. 05.57.82.02.61 - Fax. 05.57.82.02.79
Email : nathalie.gladjidi@chu-bordeaux.fr
www.cerevance.fr

Centre de référence des cytopénies auto-immunes de l'adulte
Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH

Tel. 01.49.81.20.76 - Fax. 01.49.81.27.72
Email : marc.michel2@aphp.fr
www.cerecai.fr

Version du 20 Juillet 2018