

## 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.”

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

### Patient

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

### Histoire de la maladie

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

### Antécédents/ Comorbidités

<b>SYNDROME GÉNÉTIQUE CONNU</b>	Oui    Non    Si oui :
<b>COMORBIDITÉS</b>	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

-- / -- / ----

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.aladjidi@chu-bordeaux.fr](mailto:nathalie.aladjidi@chu-bordeaux.fr)  
[www.cerevance.fr](http://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](mailto:marc.michel2@aphp.fr)  
[www.cerecai.fr](http://www.cerecai.fr)

Version du 20 Juillet 2018