

## Maladies de Castleman

“ 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.”

<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>NOM DE NAISSANCE :</b> _____	<b>DATE DE NAISSANCE :</b> __ / __ / ____	
	<b>SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAISE :</b> Oui Non	<b>AGE DU PATIENT :</b> __ ans __ mois	
<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>AGE AU DIAGNOSTIC</b>	__ ans    mois
<b>DIAGNOSTIC</b>	Castleman unicentrique		
	Castleman multicentrique HHV8-	TAFRO : Oui Non	
	Castleman multicentrique HHV8+	Date PCR HHV8 : __ / __ / ____ Marquage LNA : Positif Négatif Kaposi : Non Antécédents Kaposi évolutif	
<b>DETAIL DIAGNOSTIC</b>			
<b>AUTRE PATHOLOGIE</b>			

<b>HIV</b>	Oui Non	<b>DATE DE PRÉLÈVEMENT BIO :</b> __ / __ / ____	CD4 ____ /mm <sup>3</sup>	Charge virale __, __ (log/ml)
------------	------------	---	---------------------------	-------------------------------

<b>AUTO-IMMUNITÉ</b>	Non AHA1 PTI	Pemphigus	Autre auto-immunité :
<b>NEUROPATHIE</b> Oui Non	<b>HEMOPHAGOCYTOSE</b> Oui Non	<b>MALADIES SYSTEMIQUES</b> Lupus Sjogren	Oui Non Autre maladie systémique :
<b>LYMPHOME</b> Oui Non	<b>DATE DU DIAGNOSTIC :</b> __ / __ / ____	Hodgkin Lymphome HHV8	Autre lymphome :

<b>BIOPSIE</b>	__ / __ / ____	__ / __ / ____	__ / __ / ____
<b>DÉTAIL</b>			

## Biologie

<b>Hb</b> ___, _g/dL	<b>PLAQUETTES</b> _____ .mm <sup>3</sup>	<b>CRP</b> ___ mg/L	<b>GAMMAGLOBULINES</b> ___, _g/L	<b>IG MONOCLONALE</b> oui non
<b>FERRITINÉMIE</b> _____ µg/L	<b>VEGF</b> _____ ng/mL	<b>IL6</b> __ pg/mL	<b>TEST DE COOMBS</b> Positif Négatif	<b>ALBUMINE</b> ___, _g/L

## Traitements

<b>TRAITEMENT(S) REÇU(S)</b>		<b>TRAITEMENT(S) ANTÉRIEUREMENT EFFICACE(S)</b>	
----------------------------------	--	---	--

## Avis de la RCP

<b>AVIS DEMANDÉ</b>	Diagnostique      Thérapeutique      Autre			
<b>QUESTION POSÉE</b>				
<b>SATUT DU DIAGNOSTIC</b>	Confirmé      Probable      Infirmé			
<b>PROPOSITION THÉRAPEUTIQUE</b>	Chirurgie Rituximab Autre :	Radiothérapie Corticothérapie	Abstention thérapeutique VP16      Rituximab caelyx	Rituximab VP16 Tocilizumab
<b>AVIS DE LA RCP</b>				
<b>PARTICIPANTS</b>				
<b>RESPONSABLE DE LA RCP</b>		<b>DATE DE LA RCP</b>	__ / __ / ____	

Centre de référence de la maladie de Castleman  
Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH

Email : [contact@castleman.fr](mailto:contact@castleman.fr) - [www.castleman.fr](http://www.castleman.fr)  
Version du 11 Décembre 2018