

Neutropénies chroniques et proliférations LGL

“ 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	Neutropénies congénitale connue Neutropénies de découverte récente - enfant < 10 ans Neutropénies de découverte récente - adolescent - adulte Neutropénies chronique dans une pathologie déjà connue Prolifération LGL			

Antécédents

STOMATITES/ APHTES	Oui Non	INFECTIONS BACTÉRIENNES/ MYCOTIQUES PROFONDES	Oui Non
---------------------------	---------	--	---------

Hemogramme récent

Neutrophiles <500.mm ³ >500.mm ³	Monocytes <200.mm ³ >200.mm ³	Plaquettes <20.mm ³ >150.mm ³	VGM	__ .fL
MYELOGRAMME	Aspect normal	Blocage maturation	Dysplasie	MDS avéré
Fait Non fait	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
SCORE IPPS	__	CYTOGÉNÉTIQUE	Fait Si oui, résultats : Non fait	

Essai clinique

PATIENT INCLUS DANS UN PROTOCOLE	Oui Si oui : Non
---	---------------------

Avis de la RCP

AVIS DEMANDÉ	Diagnostique Allo HSCT	Génétique constitutionnelle Suivi	Prévention infections
QUESTION POSÉE			
CONTEXTE			
AVIS DE LA RCP			
PROPOSITION D'INCLUSION DANS UN ESSAI CLINIQUE	Oui Si oui, précisez : Non		
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES/ RÉFÉRENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L'AVIS DE LA RCP			
RESPONSABLE DE LA RCP		DATE DE LA RCP	-- / -- / ----

Centre de référence des neutropénies chroniques
Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH

Tel. 01.44.73.53.14 - Fax.01.44.73.65.73

Email : jean.donadieu@aphp.fr

www.neutropenie.fr

Version du 22 Novembre 2018