

## Syndromes hyperéosinophiliques

“ 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>	

### Diagnostic

<b>DATE DU DIAGNOSTIC :</b> __ / __ / ____	En cours	Probable	Confirmé	Indéterminé
<b>DIAGNOSTIC ACTUEL</b>				
<b>DATE DE LA DERNIÈRE NFS AVEC HYPERÉOSINOPHILIE</b>	__ / __ / ____			
<b>DATE DE LA 1<sup>ÈRE</sup> NFS AVEC HYPERÉOSINOPHILIE</b>	__ / __ / ____			
<b>DATE DES PREMIERS SYMPTÔMES CLINIQUES</b>	__ / __ / ____			
<b>ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX D'HYPERÉOSINOPHILIE</b>	Oui	Non	ND	
<b>PRÉSENCE ÉVENTUELLE DE COMORBIDITÉS</b>	Oui	Non	Si oui, précisez :	

### Biologie

<b>PNE MAX</b>	Date : __ / __ / ____    Chiffre : ____ G/L			
<b>VITAMINE B12 MAX</b>	Normale	Non dosée	Augmentée :	ng/l    pmol/l
<b>TRYPTASE MAX</b>	Normale	Non dosée	Augmentée :	µg/l
<b>IGE TOTALE MAX</b>	Normale	Non dosée	Augmentée :	UI/l
<b>PHÉNOTYPAGE LYMPHOCYTAIRE T</b>	Non réalisé    Absence de population anormale Population CD3-CD4 _____% parmi les lympho totaux Population CD3+CD4+CD7- _____% parmi les lympho totaux Population CD3+CD4-CD8-TCRab _____% parmi les lympho totaux Autre anomalie (précisez) : _____, _____% parmi les lympho totaux			
<b>CLONALITÉ T</b>	Positive	Négative	Non réalisée	
<b>FIP1L1-PDGFRα</b>	Présence ->	Sang	Moelle	PCR    FISH
	Absence	Non réalisée		

<b>JAK2 V617F</b>	Positive	Négative	Non réalisée
<b>CARYOTYPE MÉDULLAIRE</b>	Anomalie, précisez : Normal                  Non réalisé		
<b>SÉQUENÇAGE NGS</b>	Mutation, précisez : _____, _____ % de détection Normal                  Non réalisé		

## Présentation clinique

<b>ATTEINTE CARDIAQUE</b>	Oui	Non	<b>ATTEINTE CUTANÉE</b>	Oui	Non
<b>ATTEINTE PULMONAIRE</b>	Oui	Non	<b>ATTEINTE DIGESTIVE</b>	Oui	Non
<b>ATTEINTE NEUROLOGIQUE</b> centrale ou périphérique	Oui	Non	<b>ATTEINTE ORL</b>	Oui	Non
<b>ATTEINTE VASCULAIRE ET/OU THROMBOTIQUE</b>	Oui	Non	<b>ATOPIE</b>	Oui	Non
<b>AUTRES :</b> Détaillez ici les éléments informatifs de l'histoire de la maladie et des éléments cliniques et paracliniques					

## Traitement reçu

<b>TRAITEMENT ANTIPARASITAIRE REÇU</b>	Molécules, dose et durée :	
<b>TRAITEMENTS DE FOND</b> Précisez les dates de début et fin, posologies, réponse au traitement (efficacité clinique, efficacité sur l'éosinophilie, effets secondaires...)	<b>CORTICOÏDES</b>	
	<b>IFN-A</b>	
	<b>HYDREA</b>	
	<b>GLIVEC</b>	
	<b>AUTRE :</b>	

## Etat hématologique actuel

<b>DATE DE LA DERNIÈRE NFS</b> __ / __ / ____	<b>PNE</b>	_____ G/L
	<b>HB</b>	_____ g/dl
	<b>PLAQUETTES</b>	_____ G/L
	<b>MONOCYTES</b>	_____ G/L
	<b>NEUTROPHILES</b>	_____ G/L
	<b>BASOPHILES</b>	_____ G/L
<b>MANIFESTATIONS CLINIQUES</b>		
<b>CORTICODÉPENDANCE</b>	_____ mg/j d'équivalent prednisone	
<b>TRAITEMENTS ACTUELS :</b>		

## Essai clinique

<b>PATIENT INCLUS DANS UN PROTOCOLE</b>	Oui    Si oui : Non
-----------------------------------------	------------------------

# Avis de la RCP

<b>AVIS DEMANDÉ</b>	Diagnostic nosologique/explorations complémentaires		Thérapeutique		Autre									
	Précisez :													
<b>MÉDECINS PRÉSENTS</b>	JEK	MG	FA	IM	MR	CT	EC	IW	AV	JL	GL	NE	LT	
	DS	BP	WA	MCC	FP	PDG	GM	FM	DC					
	Autre(s) médecin(s) présent(s) :													
<b>DIAGNOSTIC</b>	Hyperéosinophilie >1,5 G/L isolée (pas d'atteinte viscérale)													
	SHE						Idiopathique Lymphoïde							
							Clonal, précisez (mutation, SMD, SMP...):							
	SHE réactionnel						Autre hémopathie clonale, précisez :							
							Hyperéosinophilie iatrogène => DRESS						Hors DRESS	
							Parasitose, précisez :							
							Autre, précisez :							
	Autre diagnostic différentiel						EGPA ANCA-		Autre, précisez :					
<b>EXAMENS COMPLÉMENTAIRES</b>														
<b>THÉRAPEUTIQUE À METTRE EN OEUVRE</b>	Abstention thérapeutique													
	Traitement locaux, précisez :													
	Traitement général, précisez :													
	Inclusion dans un essai, précisez :													
<b>COMMENTAIRES DE LA RCP</b>														
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES RÉFÉRENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L'AVIS DE LA RCP</b>														
<b>RESPONSABLE DE LA RCP</b>							<b>DATE DE LA RCP</b>	__ / __ / ____						

**CEREO - Centre de référence des syndromes hyperéosinophiliques**  
 Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH  
 Tel. 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 17 Septembre 2018