**PROLIFERATIONS 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 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.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDECIN REFERENT** | Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Tél. :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Email :Cliquez ici pour taper du texte.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | **DATE DE LA DEMANDE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  1er avis N°Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **STATUT** | Généraliste ville | Spécialiste ville | | | Médecin hospitalier |
| **NOM DE L’HOPITAL-**  **SERVICE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | **VILLE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **TYPE DE RECOURS** | Téléphone | Email | | | Consultation |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PATIENT** | | | | |
| **NOM D’USAGE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | **PRENOM** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **DATE DE NAISSANCE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | **SEXE** | F M |
| **AGE DU PATIENT** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.ans mois | **SECURITE SOCIALE FRANÇAISE** | Oui Non |
| **LIEU DE NAISSANCE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | **COMMUNE DE RESIDENCE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **PAYS DE NAISSANCE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | **PAYS DE RESIDENCE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTS** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HISTOIRE DE LA MALADIE** | | | | | | | | | |
| **DATE DU DIAGNOSTIC** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | **STATUT** | | | Indéterminé  Probable | | En cours  Confirmé |
| **PHENOTYPAGE LGL** | * Immunophénotypage : Non fait NK T, précisez :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. * Réarrangement du TCR : Non fait Fait, résultats : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. * Répertoire V b : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | | | | | | |
| **NFS** | Hb :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.g/dl  PNN :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.G/L  Plaquettes :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.G/L  LGL circulants :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.G/L | | | | | | | | |
| **INFECTIONS RECURRENTES** | Oui Non | **SPLENOMEGALIE** | | | Oui Non | **MALADIES AUTO-IMMUNES** | | Oui Non | |
| **MUTATION STAT 3** | Oui Non Non fait | | **MUTATION STAT 5** | | | Oui Non Non fait | | | |
| **ANALYSE MEDULLAIRE** | **Myélogramme** : Fait Non fait  Aspect normal : Oui Non  Blocage maturation : Oui Non  Dysplasie : Oui Non  MDS avéré : Oui Non | | | **Biopsie ostéo-médullaire** : Fait Non fait  Résultats : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | | | |
| **BILAN IMMUNOLOGIQUE** | EPS Hypogammaglobulinémie :  Oui Non | | | FAN : Fait Non fait  Si oui, titre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | | | |

|  |
| --- |
| **HISTOIRE DE LA MALADIE** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESSAI CLINIQUE** | |
| **PATIENT INCLUS DANS UN PROTOCOLE** | Oui Non  Si oui, précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

|  |  |
| --- | --- |
| **AVIS DEMANDE** | |
| **AVIS DEMANDE** | Diagnostic Thérapeutique Autre |
| **QUESTION POSEE** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AVIS DE LA RCP** | | | |
| **COMMENTAIRES DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES REFERENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L’AVIS DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **PARTICIPANTS** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **RESPONSABLE DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | **DATE DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. |

**Centre de référence des neutropénies chroniques**

**Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH**

Tél. : 02.99.28.92.23 – Fax. : 02.99.28.41.61

Email : Aline Moignet-Autrel : [aline.moignet.autrel@chu-rennes.fr](mailto:aline.moignet.autrel@chu-rennes.fr)

Thierry Lamy de la Chapelle : [thierry.lamy-de-la-chapelle@univ-rennes1.fr](mailto:thierry.lamy-de-la-chapelle@univ-rennes1.fr)

[www.neutropenie.fr](http://www.neutropenie.fr)

Version du 26 mars 2020