

Informations générales sur le patient

Consentement : OUI NON
 Identifiant patient INSC visible :

NOM D'USAGE : **NOM DE NAISSANCE** :

PRENOM : **Date de naissance** : |_|_| / |_|_| / |_|_|_| Age :

Ville de naissance : **Sexe** : HOMME FEMME

Ville de résidence : Code Postal : |_|_|_|_|

Précédent passage en RCP : OUI NON

Contexte de la RCP

RCP du |_|_| / |_|_| / |_|_|_| RCP de recours : OUI NON

Cas discuté en RCP : OUI NON Lieu de la RCP :

FINESS : |_|_|_|_|_|_|_|_| Visio conférence :

Intitulé de la RCP : Hématologie

Motif de la RCP :

Démarche diagnostique Surveillance après traitement Autre :

Proposition de traitement Ajustement thérapeutique

Commentaires :

Médecin responsable de la séance :

Médecin référent (demandeur) : Etablissement du médecin référent :

Médecin présentant le dossier (si différent du médecin référent du dossier) :

Médecin traitant : Médecins correspondants :

Informations cliniques et paracliniques

Circonstances de découverte :

Dépistage organisé Circonstance non connue

Dépistage individuel Manifestation clinique

Commentaires :

Date de diagnostic : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|

Capacité de vie OMS : 0 1 2 3 4 NSP

Co morbidités :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arythmie | <input type="checkbox"/> Diabètes | <input type="checkbox"/> Hépatique, légère |
| <input type="checkbox"/> Cardiaque | <input type="checkbox"/> Maladie vasculaire cérébrale | <input type="checkbox"/> Obésité |
| <input type="checkbox"/> Maladie inflammatoire intestinale | <input type="checkbox"/> Trouble psychiatrique | <input type="checkbox"/> Infection |
| <input type="checkbox"/> Rhumatologique | <input type="checkbox"/> Ulcère gastro-duodénal | <input type="checkbox"/> Pulmonaire, sévère |
| <input type="checkbox"/> Rénale, modérée ou sévère | <input type="checkbox"/> Pulmonaire, modérée | <input type="checkbox"/> Tumeur solide antérieure |
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie valvulaire | <input type="checkbox"/> Hépatique, modérée ou sévère | |

Score SORROR :

Informations cliniques et paracliniques [SUITE]

Antécédents personnels carcinologiques :

Antécédents familiaux carcinologiques :

Poids actuel : Poids habituel :

Variation de poids en % : Taille : IMC :

Tumeur primitive :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie de Hodgkin | <input type="checkbox"/> Autres lymphomes | <input type="checkbox"/> Thrombocytémie essentielle |
| <input type="checkbox"/> Lymphome grandes cellules B | <input type="checkbox"/> Leucémie lymphoïde chronique | <input type="checkbox"/> Autres syndromes myéloprolifératifs |
| <input type="checkbox"/> Lymphome folliculaire | <input type="checkbox"/> Myélome | <input type="checkbox"/> Syndrome myélodysplasique |
| <input type="checkbox"/> Lymphome de la zone marginale | <input type="checkbox"/> Maladie de Waldenstrom | <input type="checkbox"/> Leucémie aigüe myéloblastique |
| <input type="checkbox"/> Lymphome du manteau | <input type="checkbox"/> Maladie de Vaquez | <input type="checkbox"/> Leucémie aigüe lymphoblastique |
| <input type="checkbox"/> Lymphome T périphérique | <input type="checkbox"/> Leucémie myéloïde chronique | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Splénomégalie myéloïde chronique | | |

Traitements anti-coagulant : OUI NON

Traitements antiagrégant : OUI NON

Avis gériatrique : A prévoir Effectué NA Commentaires :

Résumé clinique :
.....
.....

Informations paracliniques :

.....
.....
.....

Cas présenté en RCP ce jour : Phase initiale Rechute NSP

Statut thérapeutique de la maladie : Non traitée antérieurement En cours de traitement déjà traité

Traitements antérieurs réalisés :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | Date de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | Date de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | Date de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Radio Chimio concomitantes | Date de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Autre | Date de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |

Histologie

Prélèvement OUI NON (si oui date obligatoire)

Date de prélèvement : / / NSP

Histologie : OUI NON

Cytologie : OUI NON

Cytogénétique : OUI NON

Biologie moléculaire : OUI NON

Maladie de Hodgkin :

Stade ann Arbor : I - II III - IV
 A B
 a b

Lymphome grandes cellules B :

Stade ann Arbor : I - II III - IV
 LDH (UI/l) : < normale > normale
 IPI : / 4

Lymphome folliculaire :

Stade ann Arbor : I - II III - IV
 LDH (UI/l) : < normale > normale
 Aires ganglionnaires envahies <= 4 : OUI NON
 Taux hémoglobine < 12g/dl : OUI NON
 FLIPI : / 5
 Albuminémie (g/L) :

Lymphome de la zone marginale :

Hémoglobine < 12g/dL : OUI NON
 LDH : < normale > normale
 Albuminémie < 35 g/L : OUI NON
 Risque : Faible Intermédiaire Elevé

Lymphome du manteau :

Stade ann Arbor : I - II III - IV
 Valeur normale LDH (UI/l) :
 LDH (UI/l) :
 GB (/mm3) : <6700
 Entre 6700 et 10000
 Entre 10000 et 15000
 > 15000
 Risque : Faible Intermédiaire Elevé

Lymphome T périphérique :

LDH < 460 UI/L : OUI NON
 Envahissement médullaire : Positif Négatif

Autres lymphomes :

Albuminémie (g/L) :
 Nombre de cytopénie : 0 1 2 3
 Stade ann Arbor : I II III IV

Leucémie lymphoïde chronique :

Stade Binet : A B C
 GB (/mm3) : Plaquettes (mm3) :
 Albuminémie (g/L) :
 Beta2 microglobuline (mg/l) :
 LDH (UI/l) :
 ZAP 70 : Négatif : < 1,2
 Douteux : 1,2 - 1,4
 Positif : > 1,4
 Statut mutationnel : OUI NON
 Anomalie en Fish : CD 38 (%) :
 Score de Matutes : / 5
 Temps de dédoublement des lymphocytes : < 6 mois
 > 6 mois
 Cytopénie autoimmune : OUI NON

Myélome :

Stade Durie et Salmon : I II III NC
 A B NC
 Albuminémie < 35 g/L : OUI NON
 Beta2 microglobuline : < 3,5 mg/L
 Entre 3,5 et 5,5 mg/l
 > 5,5 mg/l
 Anomalies cytogénétiques :
 Immunoglobuline : G A D M E
 Chaines légères Non sécrétant
 NC
 Rapport Kappa/Lambda :
 Score Pronostique International (ISS) :

Maladie de Waldenstrom :

Hémoglobine < 11,5 g/dL : OUI NON
 Plaquettes < 100 g/L : OUI NON
 Beta2-microglobuline < 3mg/L : OUI NON
 Composant monoclonal < 70g/L : OUI NON
 Score Pronostique International (ISS) : Faible Elevé

Maladie de vaquez :

Hématocrite (%) :
 Leucocytes (/mm³) :
 Jak 2 muté : OUI NON NA
 % mutation :
 Mutation exon 12 : OUI NON NA

Leucémie myéloïde chronique :

Indice de Sokal : Faible Intermédiaire Elevé
 Score de Hasford : Risque bas
 Risque intermédiaire
 Risque élevé
 Allogreffable : OUI NON NA
 Mutation BCR-ABL : OUI NON Type :
 Score EUTOS :
 Anomalie additionnelle au caryotype :

Splénomégalie myéloïde chronique :

Hémoglobine < 10g/dl : OUI NON
 Leucocytes : < 4 M/l
 Entre 4 et 25 M/l
 Entre 25 et 30 M/l
 > 30 M/l
 Blastes > 1% : OUI NON
 Signes généraux : OUI NON
 Score de Lille :
 Score IPSS :

Thrombocytémie essentielle :

Leucocytes (/mm³) :
 Antécédent thrombo-embolique : OUI NON NA
 Préciser :
 Antécédent hémorragique : OUI NON NA
 Préciser :
 Jak 2 muté : OUI NON NA
 Autre MPL1 :

Autres syndromes myéloprolifératifs :

Type histologique :
 Bilan d'extension :
 Facteurs pronostiques :
 Description :
 Clinique :

Syndrome myélodysplasique :

Type FAB : AR ARSI AREB LMMC
 Inclassable
 Type WHO : AR AR multilignée
 ARSI ARSI multilignée
 AREB 1 AREB 2
 Thrombopénie réfractaire isolée
 Neutropénie réfractaire isolée
 Inclassable
 % de blastes médullaires :
 % de blastes sanguins :
 Cytogénétique : Favorable
 Intermédiaire
 Défavorable

Taux hémoglobine (g/l) :
 Plaquettes (g/l) :
 GB (g/l) :
 Transfusé : OUI NON
 IPSS :
 WPSS :
 RIPSS :

<p>Leucémie aigüe myéloblastique :</p> <p>Leucocytes (/mm³) :</p> <p>Blastes médullaires (%) :</p> <p>Classification FAB : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Inclassable</p> <p>Cytogénétique :</p> <p>.....</p> <p>Biologie moléculaire :</p> <p>.....</p>	<p>Leucémie aigüe lymphoblastique :</p> <p>Leucocytes (/mm³) :</p> <p>Blastes médullaires (%) :</p> <p>Immunophénotypage :</p> <p>Cytogénétique :</p> <p>.....</p> <p>Biologie moléculaire :</p> <p>.....</p> <p>Localisation neuro-méningée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Classification FAB : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Inclassable</p>
<p>Autre :</p> <p>Type histologique :</p> <p>Bilan d'extension :</p> <p>Facteurs pronostiques :</p> <p>Description :</p> <p>.....</p> <p>Clinique :</p> <p>.....</p>	

Proposition de prise en charge

Nature de la proposition :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nécessité d'exams complémentaires | <input type="checkbox"/> Proposition de traitement |
| <input type="checkbox"/> Surveillance | <input type="checkbox"/> Décision reportée |
| <input type="checkbox"/> Arrêt des traitements | |

Type de proposition :

- Application d'un référentiel** (+liste ci-dessous à cocher)
- Application d'un référentiel international (lequel + texte).....
 - Application d'un référentiel national (lequel + texte).....
 - Application d'un référentiel régional (lequel + texte).....
 - Traitement hors AMM application d'un référentiel régional

Traitement hors référentiel

Recours à une RCP régionale ou nationale

A représenter en RCP

Essai clinique : OUI NON si oui préciser lequel.....

Description de la proposition thérapeutique :

.....

Plan de traitement :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Curiethérapie | <input type="checkbox"/> Immunothérapie |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie conventionnelle | <input type="checkbox"/> Hormonothérapie |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | <input type="checkbox"/> Thérapies ciblées | <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie / Chimiothérapie simultanée | <input type="checkbox"/> Autres traitements médicamenteux spécifiques | |
- + autres facultatifs sauf :

Effets indésirables :

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Eruption cutanée | <input type="checkbox"/> Modification des ongles | <input type="checkbox"/> Constipation |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Hyperthermie (>38°5) | <input type="checkbox"/> Neutropénie | <input type="checkbox"/> Fatigue |
| <input type="checkbox"/> Gène respiratoire | <input type="checkbox"/> Nausées / Vomissements | <input type="checkbox"/> Thrombopénie | <input type="checkbox"/> Mucite |
| <input type="checkbox"/> Mycose | <input type="checkbox"/> Syndrome mains-pieds (rougeurs) | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Perte des cheveux |
| <input type="checkbox"/> Perte des ongles | <input type="checkbox"/> Démangeaison | <input type="checkbox"/> Fourmillements dans les membres | |
-