

## Cytopénies auto-immunes de l'enfant et de l'adulte

“ 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><br><b>TÉL :</b><br><b>EMAIL :</b> | <b>DATE DE LA DEMANDE</b> | __ / __ / ____<br>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><br>F M       | <b>DATE DE NAISSANCE :</b> __ / __ / ____<br><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>                 |  |

### Histoire de la maladie

|  |  |                          |  |                                 |
|--|--|--------------------------|--|---------------------------------|
| <b>DATE DU DIAGNOSTIC</b><br>__ / __ / ____          | En cours   | Probable                 | Confirmé   | Indéterminé                     |
| <b>DIAGNOSTIC</b>                                    | PTI nouvellement diagnostiqué  | PTI persistant (>6 mois) | PTI chronique (>12 mois) AHAI EVANS (AHAI+PTI) / pancytopénie AI |                                 |
| <b>CONTEXTE</b>                                      | Primaire   | Secondaire suspecté      | Secondaire confirmé  |                                 |
| <b>MYÉLOGRAMME</b>                                   | Fait   | Normal                   | Non fait Anormal Précisez :                                      |                                 |
| <b>MANIFESTATIONS IMMUNO-PATHOLOGIQUES ASSOCIÉES</b> | Oui Non<br>Si oui le(s)quel(s) :<br>Maladies auto-immunes Hypogammaglobulinémie Lymphoprolifération<br>Autre : |                          |  |                                 |
| <b>TRAITEMENTS</b>                                   | <b>RÉPONSES / SENSIBILITÉ</b>  | IgIV : Non               | Réponse (plq.>30 G/L)  | Réponse complète (plq.>100 G/L) |
|  |  | CT : Non                 | Réponse (plq.>30 G/L)  | Réponse complète (plq.>100 G/L) |
|  | <b>TRAITEMENT DE SECONDE LIGNE</b>   | DNZ                      | Anti-D   | HCQ SPX                         |
|  |  | MMF                      | SIRO   | Autres : RTX ARTPO AZA          |

### Antécédents/ Comorbidités

|                                 |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| <b>SYNDROME GÉNÉTIQUE CONNU</b> | Oui Non Si oui, lequel :     |
| <b>COMORBIDITÉS</b>             | Oui Non Si oui, lesquelles : |

### Essais clinique

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

## Statut actuel du patient

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| SIGNES DE GRAVITÉ CLINIQUE                  |                               |
| SYNDROME HÉMORRAGIQUE ET/OU ANÉMIE          | Oui Si oui, précisez :<br>Non |
| TAUX DE PLAQUETTES ET/OU TAUX D'HÉMOGLOBINE |                               |
| TRAITEMENT(S) EN COURS                      |                               |

## Avis de la RCP

|   |                               |                |                |
|---|-------------------------------|----------------|----------------|
| AVIS DEMANDÉ  | Diagnostique                  | Thérapeutique  | Autre          |
| QUESTION POSÉE  |                               |                |                |
| CONTEXTE  |                               |                |                |
| AVIS DE LA RCP  |                               |                |                |
| PROPOSITION D'INCLUSION DANS UN ESSAI CLINIQUE                                      | Oui Si oui, précisez :<br>Non |                |                |
| RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES/ RÉFÉRENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L'AVIS DE LA RCP |                               |                |                |
| RESPONSABLE DE LA RCP   |                               | DATE DE LA RCP | __ / __ / ____ |

RCP régional du Centre \_\_\_\_\_ à renvoyer par email au \_\_\_\_\_

Centre de référence des cytopénies auto-immunes de l'enfant  
Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH

Tel. 05.57.82.02.61 - Fax. 05.57.82.02.79  
Email : [nathalie.aladjidi@chu-bordeaux.fr](mailto:nathalie.aladjidi@chu-bordeaux.fr)  
[www.cerevance.fr](http://www.cerevance.fr)

Centre de référence des cytopénies auto-immunes de l'adulte  
Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH

Tel. 01.49.81.20.76 - Fax. 01.49.81.27.72  
Email : [marc.michel2@aphp.fr](mailto:marc.michel2@aphp.fr)  
[www.cerecai.fr](http://www.cerecai.fr)

Version du 20 Juillet 2018