 

**CRMR Syndromes drépanocytaires majeurs, thalassémies et autres pathologies rares du globule rouge et de l’érythropoïèse**

|  |
| --- |
| RCP Globule Rouge hors drépanocytose |

[ ] « Je déclare avoir informé mon patient pour passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, et l’avoir informé que ses données de santé sont gérées via un site sécurisé et sont partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique »

*\*Tous les champs marqués par \* sont obligatoires. Si l’une de ces informations est manquante, le patient ne pourra pas être inscrit.*

|  |
| --- |
| **Médecin prescripteur**  |
| **Médecin responsable du suivi du patient** (Nom, prénom) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Adresse mail *pour envoi du compte-rendu de RCP* \*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Téléphone portable *du médecin qui présentera le dossier* \*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date de la demande** | Cliquez ici pour entrer une date. |

|  |
| --- |
| **Patient**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de naissance\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Date de naissance\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **1er Prénom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Sexe\*** | **F**[ ]  **M**[ ]  |
| **Lieu de naissance\*** | Si né en France : **ville/CP** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Si né à l’étranger : **pays** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Information non disponible | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Le patient a déjà été présenté en RCP locale** | Oui [ ]  *-> joindre le compte-rendu* | Non [ ]  |
| **Antécédents familiaux – Histoire familiale\* (date de naissance des parents, décès dans la famille, cause des décès...) ou arbre généalogique** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Origine géographique des parents** | **Père** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Mère** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Consanguinité** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Antécédents néonatals et personnels****Ictère néonatal ?****Transfusion ?** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Histoire de la maladie** |
| **Diagnostic supposé** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Age au début des symptômes** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date de diagnostic** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Atteintes** | **initiales** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **actuelles** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Informations complémentaires**(résumer l’histoire de la maladie en 10 lignes max) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitements****actuels** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Contexte pathologique** (HTA, asthme, diabète, MAI,…) | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Bilan clinique et biologique** |
| **Examens biologiques et d’imagerie prérequis pour les anémies hémolytiques**(marqueurs, valeurs +date) | NFS + frottis avec examen de la morphologie des GR**\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Ionogramme + CA, P + uricémie | Cliquez ici pour taper du texte. |
| TDA (Test de Coombs)**\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Gaz du sang veineux (P50, MetHb, HbCO) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Etude de l’hémoglobine | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Bilan martial | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Activités enzymatiques du GR (G6PD, PK...) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Bilan d’hémolyse : LDH, haptoglobine, réticulocytes, bilirubine...**\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Etude de la membrane du GR : EMA, ektacytométrie... | Cliquez ici pour taper du texte. |
| IRM foie si surcharge en fer\* | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Echographie abdominale\* | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Examens biologiques et d’imagerie prérequis pour les polyglobulies constitutionnelles**(marqueurs, valeurs +date) | Mesure de la masse sanguine**\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| NFS au diagnostic ou avant traitement**\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Ionogramme + protides**\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Gaz du sang veineux avec P50, MetHb, HbCO | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Etude de l’hémoglobine | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Bilan martial | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Dosage de l’EPO avant traitement | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Echographie abdomino-pelvienne**\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| EFR, polysomnographie (exclusion apnées du sommeil)\* | Cliquez ici pour taper du texte. |
| JAK2**\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Pousse spontanée des précurseurs GR\* | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Examens génétiques**(gène, résultats +date) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Myélogramme ou BOM**(localisation, résultats, date, laboratoire)*Si nécessaire mais non obligatoire - Demandé pour les suspicions de Dysérythropoïèses congénitales* | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Imagerie ou autres**(type, résultats, date, laboratoire)*Echographe rénale, abdominale, polysomnographie (apnées du sommeil)* | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Prise en charge déjà réalisée et traitements** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Données phénotypiques familiales**Père, mère, fratrie, apparentés autres | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Avis de la RCP** |
| **Avis demandé\*** | [ ] Diagnostique [ ] Thérapeutique [ ] Autre |
| **Type de question\*** | Choisissez un élément. |
| **Question(s) à poser\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Eléments pertinents du contexte** (avis du patient, ressources locales…) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Niveau d’urgence** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Responsable de la RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Date de la RCP** | Cliquez ici pour entrer une date. |

***Contact RCP et envoi des dossiers :***

***Dr Lamisse Mansour-Hendili – E-mail :*** ***lamisse.mansour-hendili@aphp.fr*** ***– Tél. 01 49 81 28 63***

***Mme Fabienne Rossi (secrétariat) – E-mail :*** ***fabienne.rossi@aphp.fr*** ***– Tél. 01 49 81 28 73***