 

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

|  |
| --- |
| RCP Neuro-Radio-Drépano pédiatrique |

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

|  |
| --- |
| **Médecin demandeur**  |
| **Médecin référent** (Nom, prénom, email)**\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Radiologue**(Nom, prénom, email) | 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\*** | Choisir une date. |

[ ] « 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 »\*

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de naissance\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Sexe\*** | **F**[ ]  **M**[ ]  |
| **1er Prénom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | **Date de naissance\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Centre de suivi\*** |  | **N° d’identification\*** |  |
| **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. |

|  |
| --- |
| **Données de base** |
| **Type de drépanocytose** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Biochimie moléculaire** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Age au diagnostic** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Clinique** | Rate | oui [ ]  non [ ]  |
| Obstruction nasale | oui [ ]  non [ ]  |
| Obstruction bronchique | oui [ ]  non [ ]  |
| Saturation de base (%) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Nombre de CVO hyperalgiques la dernière année | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Nombre de STA  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Episodes de bas débit  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Biologie de base** | Hb (g/dl) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| HbF (%) |  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Leucocytes (/mm3) | Cliquez ici pour taper du texte.  |
| Plaquettes (/mm3) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Réticulocytes (/mm3) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| VGM | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Hydroxyurée** | non [ ]  oui [ ] **Si oui, renseigner les cases ci-dessous** |
| Hb (g/dl) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| HbF (%) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Leucocytes (/mm3) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Plaquettes (/mm3) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Réticulocytes (/mm3) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| VGM | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Programme transfusionnel** | oui [ ]  non [ ]  |
| **Allo-immunisation** | oui [ ]  non [ ]  |
| **Dates et comptes-rendus des IRM** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Tableau des EDTC** *(commencer par le plus ancien)* |
|

|  |
| --- |
| Evolution des vitesses (cm/sec) |
| Date | ACM D/G | ACA D/G | ACP D/G | ACI siphon D/G | TB | ACI Cervicales D/G | Remarques |
| date. | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
| date. | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
| date. | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
| date. | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
| date. | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |

 |
| **Histoire de la maladie****Question(s) posée(s)\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |

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

***Dr Suzanne Verlhac – E-mail :***  ***suzanne.verlhac@aphp.fr***

***Dr Ghislaine Ithier – E-mail :*** ***ghislaine.ithier@aphp.fr***