 

**RCP Drépanocytose et situation transfusionnelle complexe**

« Je déclare avoir informé mon patient (pour les sujets majeurs), ou les parents (pour les sujets mineurs)

[ ]  Le 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

[ ]  Je déclare l’avoir informé que les données médicales colligées en réunion pourront être utilisées pour la recherche. Le patient (ou parent) a donné son consentement pour la recherche »

**Signature et cachet du professionnel de santé (N° RPPS)**

**............**

**Equipe médicale présentant le dossier**

1 : Médecin responsable du suivi du patient

Adresse mail pour envoi du CR de RCP : ……………………………………

Téléphone portable si dossier présenté par le médecin : ………………………………..

2 : Médecin ou biologiste du centre de transfusion

Adresse mail pour envoi du CR de RCP : ……………………………………….

Téléphone portable si dossier présenté par le médecin : ………………………………………..

3/ Médecin greffeur si greffe envisagée à court ou moyen terme :

Adresse mail pour envoi du CR de RCP : ……………………………………….

Téléphone portable si dossier présenté par le médecin : ……………………………………….

**Questions à la RCP :**

[ ]  **Le patient est-il en impasse transfusionnelle**

[ ]  **Quel risque de développer une nouvelle DHTR**

[ ]  **Quel protocole pour de nouvelles transfusions**

[ ]  **Ressource suffisante pour la mise en place d’un programme transfusionnel**

[ ]  **Ressource suffisante pour une greffe de CSH**

[ ]  **Autres questions à poser : …………………………………**

**Eléments pertinents du contexte à préciser : ………………………..**

**Niveau d’urgence :**

[ ]  Nouveau Patient [ ]  Suivi ( \_ ème RCP)

**Patient**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de naissance: …………. | Prénom: ……….. | DDN: ....../.…../…....… |

Sexe : [ ]  F [ ]  M

**Situation clinico biologique du patient :**

Génotype ……………………….

Diagnostic de la maladie (dépistage néonatal ?) arrivée d’Afrique date ? ………………………………

Histoire médicale succincte : type de complications, nécessité de transfusion ?..............................

Traitement d’intensification en cours ?...............................................

Atteintes organiques connues : rein, cœur, vasculopathie cérébrale…………………………..

Traitement de fond ………………  Si HU : date de début, posologie…………………………………

 Hb de base :……………. retic de base :…………………..

Données bio sous HU (avant /après): NFS, Bili, LDH, HbF, HbA) AVANT et SOUS HU…………………………….

Si programme transfusionnel en cours : date de début, taux d’Hb et d’HbS pré transfusionnels, rythme des transfusions………………………………………….

Atteinte d’organe (rein, cœur, poumon ?) connue ? Risque cérébral connu (Vitesses cérébrales accélérées ? ATCD neurologiques)…………………………………………………………..

**Historique transfusionnel et données immuno hématologiques**

Groupe ABO/RH/K/FY/JK/MNS/+ si connu : ………………………………..

Sang rare : [ ]  Non [ ]  oui : lequel ……………………………

Variants : [ ]  Non [ ]  oui : lesquels ?................................

Immunisation connue : ……………………………………………

Dernière RAI : date : ....../....../..........

 résultat: ……………………………………….

Nombre de CGR transfusés dans l’historique : si possible précisez les indications …………………

Protocole transfusionnel : ……………………………………………………..

ATCD de DHTR : [ ]  Non

 [ ]  Oui nombre …………………

Décrire : nomogramme, immunisation, clinique biologie, hyperhémolyse ou DHTR bas bruits bas bruits……………………………………..

Traitement reçus :……………………….

 Retransfusion durant l’épisode de DHTR : Oui/ NON

 Protocole si retransfusion : ……………………………..

 Efficacité : [ ]  OUI [ ]  NON [ ]  ne sait pas

**Si DHTR en cours décrire l’épisode actuel :**

Date de transfusion :………………..

Indication de la transfusion :………………………..

Fournir si possible 1 capture d’écran de la succession des bilans, avec en particulier : NFS réticulocytes, LDH, HbA et HbS

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

Traitements reçus après ou avant la transfusion …………………………………

**Avis de la RCP**

**.........**

**Fournir : dossier transfusionnel/CR CNRGS/CR hospitalisation si épisode DHTR en cours**

**Suivi Post-RCP**

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