

# Compte rendu de transition :

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Lieu de naissance : ..... Date d'arrivée en France : .....  
Type de drépanocytose : SS ☐ Sβ<sup>0</sup> ☐ Sβ+ ☐ SC ☐ Autre : .....  
Déficit en G6PD : oui ☐ non ☐  
Taux d'hémoglobine de base : ..... g/dL Groupe sanguin rare : oui (vigilance ++) ☐ non ☐

## PRINCIPAUX ANTECEDENTS

Nombre de CVO hospitalisée / an en moyenne : > 3 ☐ 1 à 2 ☐ < 1 ☐  
Date dernière hospitalisation pour CVO : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
ATCD de STA : oui ☐ non ☐ Nombre : ..... (Date dernier STA : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_)  
Pathologies associées : Asthme ☐ Dysimmunité (préciser : ..... ) ☐ Sd de Gilbert ☐  
Autre (préciser : ..... ) ☐  
ATCD d'atteinte rénale : oui ☐ non ☐ (µalbuminurie / autre : ..... )  
ATCD infectieux sévère : oui ☐ non ☐ (Ostéomyélite / méningite / cholangite / sepsis / autre : ..... )  
Séro-conversion Parvovirus B19 : oui ☐ non ☐ Transfusion : oui ☐ non ☐  
ATCD d'ostéonécrose : oui ☐ non ☐ (localisation : ..... )  
ATCD de lithiases vésiculaires : oui ☐ non ☐  
ATCD chirurgicaux : oui ☐ non ☐ (splénectomie / cholécystectomie / ostéotomie / amygdalectomie / adénoïdectomie / autre : ..... )  
ATCD de priapisme : oui ☐ non ☐  
ATCD ophtalmologique : oui ☐ non ☐ (préciser : ..... )  
ATCD de vasculopathie cérébrale (risque d'AVC) : oui ☐ non ☐  
ATCD d'HTAP : oui ☐ non ☐  
ATCD d'hémochromatose : oui ☐ non ☐  
ATCD d'ulcère de jambe : oui ☐ non ☐

## STATUT VACCINAL (DATE DERNIER RAPPEL)

DTPolio	Prevenar 13 + Pneumovax	Hépatite B
Grippe (rappel tous les ans)	Anti-Méningo (rappel tous les 5 ans) NIMENRIX : BEXERO :	Autres

## TRAITEMENT

ORACILLINE en cours : oui ☐ non ☐

HYDROXYCARBAMIDE : oui ☐ non ☐ (indication : .....)

Contraception : oui ☐ non ☐

En cas de fièvre > 38°5 : AMOXICILLINE 1g x 3 par jour - 6 jours oui ☐ non ☐

Autre : .....

ATCD transfusionnel : oui ☐ non ☐

ATCD d'allo-immunisation : oui (vigilance transfusionnelle ++) ☐ non ☐

Programme transfusionnel en cours : oui ☐ non ☐ (indication : .....)

Chélateurs du fer : oui ☐ non ☐ ( date d'introduction : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ date d'arrêt : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ )

Date du dernier bilan annuel : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Compte rendu joint : oui ☐ non ☐

## BILAN BIOLOGIQUE A L'ETAT BASAL

Hb (g/dL)	VGM (fl)	Rétic (/mm3)	Créat (μmol/l)	Ferritine
Autres marqueurs biologiques pertinents :				

## SOCIAL

Lieu de vie habituel : domicile familial ☐ domicile personnel ☐ autre : .....

Niveau scolaire : collège ☐ lycée ☐ études supérieures ☐ autre : .....

Projet professionnel / éducatif : .....

ATCD de suivi psychologique : oui ☐ non ☐ Suivi interrompu : oui ☐ non ☐

Prise en charge MDPH : oui ☐ non ☐

Prise en charge médicale : 100% ☐ CMU ☐ Aide médicale d'état ☐ autre : .....

## POINTS A SURVEILLER

Consultation spécialisée honorée (rythme : 1 x / ..... mois ou ..... an(s))

Bilan des complications d'organe fait (rein, oeil, cœur, etc.) : (rythme : 1 x / ..... mois ou ..... an(s))

*Si désir d'enfant, s'enquérir du statut du conjoint concernant un trait drépanocytaire ou bêta-thalassémique et proposer une consultation de conseil génétique si besoin*

Organe particulier ou traitement spécifique à surveiller (comment et à quel rythme) : .....

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