



**Informations générales sur le patient**

**Consentement** :  OUI  NON

NOM D'USAGE : .....

**PRENOM** : .....

**Ville de naissance** : .....

**Ville de résidence** : .....

Précédent passage en RCP :  OUI  NON

Représentant du patient : .....

Commentaires : .....

Identifiant patient INSC visible : .....

**NOM DE NAISSANCE** : .....

**Date de naissance** : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_| Age : .....

**Sexe** :  HOMME  FEMME

Code Postal : |\_|\_|\_|\_| Téléphone : .....

Profession : .....

**Liste des participants et présents à la RCP**

- *Titre, nom, prénom, profession, spécialité*

**Contexte de la RCP**

**RCP du** |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|

**Cas discuté en RCP** :  OUI  NON

FINESS : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Intitulé de la RCP** :  Hématologie

**Motif de la RCP** :

Démarche diagnostique       Surveillance après traitement       Recours (2<sup>ème</sup> avis)

Proposition de traitement       Ajustement thérapeutique       Autre : .....

Commentaires : .....

**Médecin responsable de la séance** : .....

**Médecin référent** (demandeur): .....

Etablissement du médecin référent: .....

Médecin présentant le dossier (si différent du médecin référent du dossier) : .....

**Médecin traitant** : .....

Pas de Médecin traitant connu



**Informations cliniques et paracliniques**

**Circonstances de découverte :**

- Dépistage organisé       Circonstance non connue       Bilan systématique  
 Dépistage individuel       Manifestation clinique       Découverte fortuite

Fraterie :  OUI  NON

Commentaires :

.....  
.....

Date de diagnostic :  /  /

**Capacité de vie OMS (Indice d'activité OMS) :**  0  1  2  3  4      Date de l'OMS :  /  /

**Cas présenté en RCP ce jour**

- Phase initiale     Rechute     Progression     NSP

**Co morbidités :**

*Pour chaque comorbidité cochée, indiquer une date de début*

**Pathologie cardiovasculaire**

- Artérite des membres inférieurs  
 HTA  
 Insuffisance coronarienne  
 Valvulopathie  
 Trouble du rythme  
 Insuffisance cardiaque  
 Autre .....

**Pathologie métabolique**

- Diabète  
 Obésité  
 Hyperlipidémie  
 Autre .....

**Pathologie hépato-digestive**

- Insuffisance hépatique  
 Cirrhose  
 Autre .....

**Pathologie rénale**

- Insuffisance rénale  
 Autre .....

**Pathologie respiratoire**

- Insuffisance respiratoire  
 Asthme  
 BPCO  
 Autre .....

**Pathologie neuropsychiatrique**

- Polynévrite  
 Syndrome démentiel  
 Autre .....

**Grossesse**

Date de terme :  /  /

**Traitements associés**

- Anticoagulant  
 Antiagrégant  
 Autre .....

**Autres : .....**

Score SORROR : .....

Score G8 : ..... (uniquement si l'âge du patient >= à 75ans)      Date du G8 :  /  /

Evaluation Onco-gériatrique :  OUI  NON (*Si oui, afficher*)      Date :  /  /

Commentaires :

.....  
.....



**Antécédents**

Antécédents personnels carcinologiques

Antécédents familiaux carcinologiques

Antécédents personnels carcinologiques : .....

Antécédents familiaux carcinologiques : .....

Poids actuel : ..... Poids habituel : .....

Variation de poids en % : ..... Taille : ..... IMC : .....

**Tumeur primitive :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie de Vaquez                                | <input type="checkbox"/> Lymphoprolifération VIH                             |
| <input type="checkbox"/> Leucémie myéloïde chronique                      | <input type="checkbox"/> Autres lymphomes                                    |
| <input type="checkbox"/> Thrombocytémie essentielle                       | <input type="checkbox"/> Leucémie aigüe lymphoblastique                      |
| <input type="checkbox"/> Splénomégalie myéloïde chronique                 | <input type="checkbox"/> Leucémie aigüe myéloblastique                       |
| <input type="checkbox"/> Burkitt  | <input type="checkbox"/> Leucémie lymphoïde chronique/Lymphome lymphocytaire |
| <input type="checkbox"/> Lymphome de la zone marginale                    | <input type="checkbox"/> Myélome   |
| <input type="checkbox"/> Lymphome du manteau                              | <input type="checkbox"/> Maladie de Hodgkin                                  |
| <input type="checkbox"/> Lymphome folliculaire                            | <input type="checkbox"/> Maladie de Waldenstrom                              |
| <input type="checkbox"/> Lymphome grandes cellules B                      | <input type="checkbox"/> Syndrome myélodysplasique                           |
| <input type="checkbox"/> Lymphome T périphérique                          | <input type="checkbox"/> Autres syndromes myéloprolifératifs                 |
| <input type="checkbox"/> Lymphome : syndrome lymphoprolifératif du greffé | <input type="checkbox"/> Lymphome cérébral primitif                          |
| <input type="checkbox"/> Amylose  | <input type="checkbox"/> Autres : .....                                      |

Date de diagnostic de la pathologie (année) : .....

Code CIM 10 :

- C81 - Lymphome de Hodgkin
- C82 - Lymphome folliculaire
- C83 - Lymphome non folliculaire
- C84 - Lymphomes à cellules T/NK matures
- C85 - Lymphome non hodgkinien, de types autres et non précisés
- C86 - Autres types précisés de lymphomes à cellules T/NK
- C88 - Maladies immunoprolifératives malignes
- C90 - Myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes
- C91 - Leucémie lymphoïde
- C92 - Leucémie myéloïde
- C93 - Leucémie monocyttaire
- C94 - Autres leucémies à cellules précisées
- C95 - Leucémie à cellules non précisées
- C96 - Tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés, autres et non précisés
- D45 - Polyglobulie essentielle
- D46 - Syndromes myélodysplasiques  
Autres tumeurs des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés à évolution imprévisible ou inconnue
- D47 - imprévisible ou inconnue

Avis gériatrique :  A prévoir  Effectué  NA Commentaires : .....

**Informations paracliniques :**

Examens effectués : prise en charge actuelle

- |   |                               |                   |
|---|-------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Scanner                  | Date :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ | Résultats : ..... |
| <input type="checkbox"/> TEP                      | Date :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ | Résultats : ..... |
| <input type="checkbox"/> Biopsie ostéoméduillaire | Date :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ | Résultats : ..... |
| <input type="checkbox"/> Myélogramme              | Date :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ | Résultats : ..... |
| <input type="checkbox"/> IRM                      | Date :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ | Résultats : ..... |
| <input type="checkbox"/> EFR                      | Date :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ | Résultats : ..... |
| <input type="checkbox"/> FES                      | Date :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ | Résultats : ..... |
| <input type="checkbox"/> Autre : .....            | Date :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ | Résultats : ..... |

Résumé clinique : .....

.....

.....

**Statut thérapeutique de la maladie (Choix multiples)**

- Non traitée antérieurement  En cours de traitement  déjà traité

Traitements antérieurs réalisés :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie  | Date de début de traitement :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ |
|  | Date de fin de traitement :  _ _  /  _ _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie   | Date de début de traitement :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ |
|  | Date de fin de traitement :  _ _  /  _ _  /  _ _ _   |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie  | Date de traitement :  _ _  /  _ _  /  _ _ _          |
| <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée | Date de traitement :  _ _  /  _ _  /  _ _ _          |
| <input type="checkbox"/> Autre .....     | Date de traitement :  _ _  /  _ _  /  _ _ _          |

Traitements en cours :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie  | Date de début de traitement :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie   | Date de début de traitement :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie  | Date de traitement :  _ _  /  _ _  /  _ _ _          |
| <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée | Date de traitement :  _ _  /  _ _  /  _ _ _          |
| <input type="checkbox"/> Autre .....     | Date de début de traitement :  _ _  /  _ _  /  _ _ _ |



**Histologie**

Prélèvement  OUI  NON (si oui date obligatoire)

Date de prélèvement :  /  /  .....  NSP

Histologie :  OUI  NON

Cytologie :  OUI  NON

Cytogénétique :  OUI  NON

Biologie moléculaire :  OUI  NON

**Maladie de Hodgkin :**

Classique  Paragangliome nodulaire de Poppema

Ann Arbor : (deux listes déroulantes côte à côte)

- |                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stade I    | <input type="checkbox"/> A |
| <input type="checkbox"/> Stade II   | <input type="checkbox"/> B |
| <input type="checkbox"/> Stade III  | <input type="checkbox"/> X |
| <input type="checkbox"/> Stade III1 | <input type="checkbox"/> E |
| <input type="checkbox"/> Stade III2 |                            |
| <input type="checkbox"/> Stade IV   |                            |

GHSg :

Si stade Hansclever I ou II coché :

Aires ganglionnaires envahies  $\geq 4$  :  OUI  NON

Symptômes B et VS  $\geq 30$ mm 1<sup>ere</sup> heure ou absence de symptômes et VS  $\geq 50$ mm 1<sup>ere</sup> heure :  OUI  NON

Atteinte médiastinale volumineuse (rapport MT  $\geq 0,33$  à T5/T6) :  OUI  NON

Atteinte extranodale de contiguité (E) :  OUI  NON

→ Favorable (si aucun facteur coché)

Défavorable (si un des facteurs est coché)

Si stade Hansclever III, III1, III2 ou IV coché

Age  $\geq 45$  ans :  OUI  NON

Sexe masculin :  OUI  NON

Stade IV :  OUI  NON

Albuminémie  $< 40$ g/L :  OUI  NON

Hémoglobine  $< 10,5$ g/dL :  OUI  NON

Leucocytes  $> 15 \times 10^9$ /L :  OUI  NON

Lymphopénie  $< 0,6 \times 10^9$ /L ou  $< 8\%$  :  OUI  NON

→ Risque standard (si 0 à 2 facteurs = oui)

Haut risque (si  $\geq 3$  facteurs = oui)

Commentaires : .....

**Lymphome grandes cellules B :**

Stade Ann Arbor :  I - II  III - IV

LDH (UI/L) :   $<$  normale   $>$  normale

GC :  PM  BL  Autre : .....

IPI : ..... / 3

Commentaires : .....



**Lymphome folliculaire :**

Stade ann Arbor :  I - II  III - IV  
 LDH (UI/l) :  < normale  > normale  
 Aires ganglionnaires envahies <= 4 :  OUI  NON  
 Taux hémoglobine < 12g/dl :  OUI  NON  
 FLIPI : ..... / 5  
 Albuminémie (g/L) : .....  
 t(14 ;18)/  BCL2JH  
 Critères du GELF :  
 Masse ganglionnaire ou extra-ganglionnaire > 7 cm dans son plus grand diamètre  OUI  NON  
 Symptômes B  OUI  NON  
 Taux de LDH supérieur à la normale  OUI  NON  
 Taux de Béta2-microglobuline supérieur à la normale  OUI  NON  
 Envahissement d'au moins 3 sites ganglionnaires (chacun > 3 cm dans son plus grand diamètre)  OUI  NON  
 Splénomégalie symptomatique  OUI  NON  
 Syndrome compressif  OUI  NON  
 Epanchement pleural ou péritonéal  OUI  NON  
 Commentaires : .....

**Lymphome du manteau :**

Blastique  Non-blastique  
 Stade ann Arbor :  I - II  III - IV  
 Valeur normale LDH (UI/l) : .....  
 LDH (UI/l) : .....  
 GB (/mm3) :  <6700  
 Entre 6700 et 10000  
 Entre 10000 et 15000  
 > 15000  
 Risque :  Faible  Intermédiaire  Elevé  
 t(11 ;14)  BCL1+  
 Commentaires : .....

**Lymphome de la zone marginale :**

Territoire :  Nodal  Extra-nodal  
 Splénique  
 Hémoglobine < 12g/dL :  OUI  NON  
 LDH :  < normale  > normale  
 Albuminémie < 35 g/L :  OUI  NON  
 Commentaires : .....

**Lymphome T périphérique :**

Cutané primitif  Systémique  
 Sous-type :  NOS  LAI  Anaplasique  
 Si « Anaplasique » coché :  ALK+  ALK-  
 CD 30 :  Positif  Négatif  
 Commentaires : .....

**Autres lymphomes :**

Stade ann Arbor :  I  II  III  IV  
 Commentaires : .....



**Leucémie lymphoïde chronique/Lymphome lymphocytaire :**

Stade Binet :  A  B  C

Lymphocytes (/mm<sup>3</sup>) : .....

Plaquettes (mm<sup>3</sup>) : .....

Albuminémie (g/L) : .....

Hémoglobine (g/dL) : .....

LDH (UI/l) : .....

Statut mutationnel :  OUI  NON

Anomalie en FISH :  Délétion 17P/Mutation TP53  
 Délétion 11Q  
 Trisomie 12  
 Anomalie du 13  
 Normal

CD 38 (%) : .....

Score de Matutes : ..... / 5

Temps de dédoublement des lymphocytes :  < 6 mois  
 > 6 mois

Cytopénie autoimmune :  OUI  NON  
*Si OUI, afficher :* AHAI :  PTAI  Erythroblastopénie

Commentaires : .....  
 .....

**Myélome :**

Citères CRAB révisés :

- Hypercalcémie
- Insuffisance rénale
- Lésion osseuse
- Anémie
- ≥ 60% de plasmocytes dans la moelle
- SFLC envahi/non- envahi ≥ 100
- > 1 lésion sur l'IRM >5mm

Albuminémie < 35 g/L :  OUI  NON

Beta2 microglobuline :  < 3,5 mg/L  
 Entre 3,5 et 5,5 mg/l  
 > 5,5 mg/l

Anomalies cytogénétiques : .....

Immunoglobuline:  G  A  D  M  E  
 Chaînes légères  Non sécrétant  
 NC

*(Si non sécrétant coché)*

Sous-unité :  Kappa  Lambda

*(Si chaînes légères coché)*

Taux d'Ig (g/l) : .....

Protéinurie (mg/24h) : .....

Rapport Kappa/Lambda : .....

Plasmocytomes :  OUI  NON

*Si OUI, afficher :*  Osseux  Extra-osseux

Anomalies cytogénétiques :  T(4 ;14)  Délétion (17p)

Score Pronostique International révisé (rISS) : .....

Commentaires : .....  
 .....



**Maladie de Waldenstrom :**

Hémoglobine < 11,5 g/dL :  OUI  NON  
 Plaquettes < 100 g/L :  OUI  NON  
 Beta2-microglobuline > 3mg/L :  OUI  NON  
 Composant monoclonal > 70g/L :  OUI  NON  
 Score Pronostique International (ISS) :  Faible  Elevé  
 Mutation MYD 88 :  OUI  NON  
 Commentaires : .....

**Maladie de vaquez :**

Hématocrite (%) : .....  
 Leucocytes (/mm3) : .....  
 Jak 2 muté :  OUI  NON  NA  
 % mutation : .....  
 Mutation exon 12 :  OUI  NON  NA  
 Commentaires : .....

**Leucémie myéloïde chronique :**

Indice de Sokal :  Faible  Intermédiaire  Elevé  
 Score de Hasford :  Risque bas  
                                    Risque intermédiaire  
                                    Risque élevé  
 Allogreffable :  OUI  NON  NA  
 Mutation BCR-ABL :  OUI  NON Type : .....  
 Score EUTOS : .....  
 Anomalie additionnelle au caryotype : .....  
 Commentaires : .....

**Splénomégalie myéloïde chronique :**

Hémoglobine < 10g/dl :  OUI  NON  
 Leucocytes :  < 4 M/l  
                                    Entre 4 et 25 M/l  
                                    Entre 25 et 30 M/l  
                                    > 30 M/l  
 Blastes > 1% :  OUI  NON  
 Signes généraux :  OUI  NON  
 Score de Lille : .....  
 Score IPSS : .....  
 Commentaires : .....

**Thrombocytémie essentielle :**

Leucocytes (/mm3) : .....  
 Antécédent thrombo-embolique :  OUI  NON  NA  
 Préciser : .....  
 Antécédent hémorragique :  OUI  NON  NA  
 Préciser : .....  
 Jak 2 muté :  OUI  NON  NA  
 CAL-R :  OUI  NON  NA  
 Autre MPL1 :  OUI  NON  NA  
 Commentaires : .....

**Autres syndromes myéloprolifératifs :**

Type histologique : .....  
 Bilan d'extension : .....  
 Facteurs pronostiques : .....  
 Description : .....  
 Clinique : .....  
 Commentaires : .....



**Syndrome myélodysplasique :**

Type FAB :  AR  ARSI  AREB  LMMC  
 Inclassable

Type WHO :  AR  AR multilignée  
 ARSI  ARSI multilignée  
 AREB 1  AREB 2  
 Thrombopénie réfractaire isolée  
 Neutropénie réfractaire isolée  
  
 Inclassable

% de blastes médullaires : .....

% de blastes sanguins : .....

Cytogénétique :

- Très bon
- Bon
- Intermédiaire
- Mauvais
- Très mauvais

Taux hémoglobine (g/l) : .....

Plaquettes (g/l) : .....

GB (g/l) : .....

Transfusé :  OUI  NON

IPSS : .....

WPSS : .....

- RIPSS :  Très bon  
 Bon  
 Intermédiaire  
 Mauvais  
 Très mauvais

Commentaires : .....  
.....

**Leucémie aigüe myéloblastique :**

Leucocytes (/mm<sup>3</sup>) : .....

Blastes médullaires (%) : .....

Classification FAB :  0  1  2  3  4  
 5  6  7  Inclassable

Cytogénétique : .....

.....

Biologie moléculaire : .....

.....

Immunophénotypage : .....

.....

Commentaires : .....

.....

**Leucémie aigüe lymphoblastique :**

Leucocytes (/mm<sup>3</sup>) : .....

Blastes médullaires (%) : .....

Immunophénotypage : .....

Cytogénétique : .....

.....

Biologie moléculaire : .....

.....

Localisation neuro-méningée :  OUI  NON  NA

Autre localisation extra-médullaire : .....

.....

Commentaires : .....

.....



**Autre :**

Type histologique : .....  
 Bilan d'extension : .....  
 Facteurs pronostiques : .....  
 Description : .....  
 .....  
 Clinique : .....  
 .....  
 Commentaires : .....  
 .....

**Burkitt :**

Stade ann Arbor :  I  II  III  IV  
 LDH (UI/L) :  < normale  > normale  
 Atteinte médullaire  OUI  NON  
 Atteinte du SNC  OUI  NON  
 Commentaires : .....  
 .....

**Lymphome : syndrome lymphoprolifératif du greffé :**

Stade ann Arbor :  I - II  III - IV  
 LDH (UI/L) :  < normale  > normale  
 Organe greffé (menu déroulant)  
 Rein  
 Foie  
 Cœur  
 Allogreffe  
 Autre : .....

Précoce (<3 mois) :  OUI  NON

Sous type histologique (menu déroulant):

- Forme précoce et bénigne
- Plasmocytaire ou hyperplasie lymphoïde atypique
- MNI-like:
- Polymorphe
- Hodgkin-like (grande cellule B riche en T)
- Plasmocytome-like

Commentaires : .....  
 .....

**Lymphoprolifération VIH :**

Stade ann Arbor :  I - II  III - IV  
 LDH (UI/L) :  < normale  > normale  
 GC :  PM  BL  Autre : .....  
 IPI : ..... / 3  
 Charge virale EBV :  < normale  > normale  
 Charge virale HIV : .....  
 CD4/CD8 : ...../...../mm3

Sous type histologique (menu déroulant)

- LNH B: (ouverture d'une deuxième liste déroulante)
  - DLBCL
  - Lymphome des séreuses
  - Plasmablastiques
  - Castelman
  - Lymphome/leucémie de Burkitt
  - Lymphoprolifération liée à l'EBV
- LNH T
- Lymphome cérébral primitif
- Hodgkin

HAART en cours :  OUI  NON

Commentaires : .....  
 .....

**Lymphome cérébral primitif**

Atteinte intraoculaire :  OUI  NON  NA

Atteinte leptoméningée :  OUI  NON  NA

GC :  non-GC

Score IELSG :

- Atteinte profonde (periventriculaire, noyaux de la base, tronc, cervelet)  OUI  NON
- Elévation de la protéinorachie  OUI  NON
- Age >61 ans  OUI  NON
- PS >1  OUI  NON
- Elévation des LDH  OUI  NON

I si 0- 1 II si 2-3 III si 4-5

Biologie moléculaire :

Epilepsie  OUI  NON

Bilan neurocognitif :

- BREF : .../18
- MMS : .../30
- Test des 5 mots .../5

Commentaires : .....

.....

**Amylose**

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Proposition de prise en charge**

Résumé pré-thérapeutique (synthèse/commentaire) : .....

.....

.....

**Dossier complet**  OUI  NON (si non commentaires)

Commentaires : .....

.....

**Nature de la proposition :**

**Recours à une RCP régionale ou nationale**

**Nécessité d'examens complémentaires** (si oui préciser autant de fois que nécessaire)

- Type d'examen (texte libre)
- Date souhaitée
- Date au + tard

**Surveillance (si oui description en texte libre)**

**Proposition de traitement**



- Décision reportée**
- A représenter en RCP**
- Arrêt des traitements**

**Type de proposition :**

Liste déroulante (Choix unique)

- Application d'un référentiel** (cf liste RRC) Obligatoire si item « cas discuté en RCP »=non
  - Application d'un référentiel international
  - Application d'un référentiel national
    - Indications de la radiothérapie : lymphomes de l'adulte – 2008, Recommandations INCa
    - Référentiels de la Société Française d'Hématologie – 2009, SFH
    - Lymphomes de Hodgkin - Questions d'actualité – 2012, Recommandations INCa
    - Autre : .....
- Application d'un référentiel régional .....
- Traitement hors AMM application d'un référentiel régional
- Traitement hors référentiel**

**Plan de traitement par ordre chronologique :** Onglet ouvert par défaut mais qui peut se refermer (items obligatoires)

Type de traitement (choix multiple)	Type de traitement détaillé (Annexe)	Date de début envisagée	Commentaires	Structure/Professionnel
<input type="checkbox"/> Abstention <input type="checkbox"/> Allogreffe <input type="checkbox"/> Auto-greffe <input type="checkbox"/> Autre traitement <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie conventionnelle <input type="checkbox"/> Chimiothérapie palliative <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Immunosuppresseurs <input type="checkbox"/> Poursuite Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Poursuite Immunothérapie				

<input type="checkbox"/> Radio-chimiothérapie concomittante  <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle  <input type="checkbox"/> Radiothérapie  <input type="checkbox"/> Réévaluation  <input type="checkbox"/> Soins de support  <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée  <input type="checkbox"/> Traitements médicamenteux <input type="checkbox"/> Surveillance  <input type="checkbox"/> Avis				
---	--	--	--	--

Commentaires :

.....

.....

**Cadre de la Proposition de prise en charge**

**Essai clinique :**  OUI  NON si oui préciser lequel .....

Description de la proposition thérapeutique : .....

.....

**Préservation de la fertilité**

OUI  NON

**Femmes**

[Onco\\_Fertilite.oscar-lambret@apicrypt.fr](mailto:Onco_Fertilite.oscar-lambret@apicrypt.fr)

Tel : +33 (0)3 20 29 59 18

Fax +33 (0)3 20 29 58 96

**Hommes**

[cecos@chru-lille.fr](mailto:cecos@chru-lille.fr)

Tel : +33 (0)3 20 44 66 33

Fax : +33 (0)3 20 44 69 48



**Annexe : Plans et types de traitements**

<b>Plan de traitement</b>	<b>Type de traitement</b>
Abstention	
Allogreffe	
Auto-greffe	
Autre traitement	Ibrutinib R-Idélalisib
Chimiothérapie	2-CDA ABVD Amsa-Aracytine Aracytine ARAC/Ida ARAC/Dauno BEACOPP BEAM Campath CDA Chloraminophène-Mabthera COPP CVP DHAP DRC Etoposide-Ifosfamide GLIVEC HYDREA MABTHERA MPT NIPENT Pomalidomide R-ACVBP R-ARAC-Velcade R-Bendamustine R-Chloramifène R-CHOP R-DHAP R-DHAX R-IFO-VP R-Mini-Cap RCVP Revlimid Revlimid-corticoides Revlimid-Rituximab Thalidomide TORISEL VCD Velcade-dexamethasone VIDAZA VMP VRD



	VTD
Chimiothérapie conventionnelle	
Chimiothérapie d'induction/Consolidation	
Chimiothérapie palliative	Ifosfamide-Etoposide
Chirurgie	
Immuno-chimiothérapie	
Immunothérapie	Interféron Daratumumab
Immunosuppresseurs	Néoral SAL
Poursuite chimiothérapie	R-Mini-Cap Revlimid-corticoides
Poursuite immunothérapie	
Radio-chimiothérapie concomittante	
Radiologie interventionnelle	
Radiothérapie	
Réévaluation	
Soins de support	
Soins palliatifs	
Thérapie ciblée	Sprycel Tasigna Ponatinib
Traitements médicamenteux	Corticoides Zometa
Traitement d'entretien	