



Informations générales sur le patient

Consentement : OUI NON

Identifiant patient INSC visible :

NOM D'USAGE :

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Age :

Ville de naissance :

Sexe : HOMME FEMME

Ville de résidence :

Code Postal : |_|_|_|_| Téléphone :

Précédent passage en RCP : OUI NON

Profession :

Représentant du patient :

Commentaires :

Liste des participants et présents à la RCP

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

Contexte de la RCP

RCP du |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

RCP de recours (avis expert) : OUI NON

Cas discuté en RCP : OUI NON

Lieu de la RCP :

FINES : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Visio conférence :

Intitulé de la RCP : Hémato pédiatrie

Motif de la RCP :

Liste déroulante (Choix unique)

Démarche diagnostique

Surveillance après traitement

Recours (2^{ème} 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 (du cancer primitif)

(Choix unique)

- Circonstance non connue
 Manifestation clinique :
 Découverte fortuite

Date de diagnostic : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

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

Cas présenté en RCP ce jour :

(Choix multiple)

- Phase initiale Rechute date Progression NSP

Commentaires :
.....

Résumé clinique :
.....
.....

Informations paracliniques :

Imagerie :
.....
.....
.....

Etat général

Capacité de vie OMS : 0 1 2 3 4 NA Date de l'OMS : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

<i>0 : Activité extérieure normale sans restriction</i>	<i>3 : Doit être alité plus de 50 % de la journée</i>
<i>1 : Réduction des efforts physiques intenses</i>	<i>4 : Incapacité totale, alitement fréquent ou constant</i>
<i>2 : Doit parfois s'aliter mais moins de 50% de la journée</i>	

Lansky : 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 NA

Date du Lansky : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Menu déroulant

100	<i>Pleinement actif</i>
90	<i>Des restrictions mineures à l'activité physique intense</i>
80	<i>Actif mais se fatigue plus vite</i>
70	<i>Une plus grande restriction de jeu</i>
60	<i>Un jeu minimal</i>
50	<i>Traine une grande partie de la journée, ne peut pas jouer activement</i>
40	<i>Principalement dans le lit et participe à des activités tranquilles</i>
30	<i>Alité et a besoin d'aide même pour un jeu calme</i>
20	<i>Dort souvent et limité à des activités très passifs</i>
10	<i>Ne joue pas reste au lit</i>

Poids actuel : Poids habituel (en kg) :
Poids attendu pour la taille :
Taille (en cm) : IMC : (taille/poids²) : Variation de poids en % :

Critères de dénutrition de l'enfant :

Résultat P/T : (Calcul automatique : (Poids actuel/poids attendu pour la taille) *100)

- Classification de Waterlow : Non (P/T en % > 90)
(calcul auto selon P/T) Mineure (P/T en % 80 à 90)
 Modérée (P/T en % 70 à 80)
 Sévère (P/T en % < 70)

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

Antécédents

Antécédents personnels carcinologiques Antécédents familiaux carcinologiques
Antécédents personnels carcinologiques :
Antécédents familiaux carcinologiques :

Siège de la tumeur primitive

- Maladie de Hodgkin Autres lymphomes Autres syndromes myéloprolifératifs
 Syndrome myélodysplasique Leucémie aigüe non lymphoblastique
 Leucémie aigüe lymphoblastique Lymphome lymphoblastique T Lymphome anaplasique
 Lymphome de Burkitt Autres :

Date de diagnostic de la pathologie (année) :
Code CIM :

Rechutes :

Rechute 1 : Date : [] / [] / [] Commentaire :
Rechute 2 : Date : [] / [] / [] Commentaire :

Cas présenté en RCP ce jour :

(Choix multiple)

- Phase initiale Rechute date Progression NSP

Commentaires :
.....

Résumé clinique :
.....
.....

Informations paracliniques :

Imagerie :

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

Statut thérapeutique de la maladie (choix multiples) :

- Non traitée antérieurement En cours de traitement déjà traité

Traitements antérieurs réalisés :

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

Traitements en cours :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie : précision..... | Date de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie : précision..... | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie : précision..... | Date de début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Greffe de cellules souches hématopoiétiques : précision..... | Date de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapie | Date de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée | Date de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Autre : précision..... | Date de traitement : _ _ / _ _ / _ _ _ |

EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES

Prélèvements OUI NON (si oui date obligatoire)

Date de prélèvement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_| NSP

Lieu de prélèvement : Type de prélèvement : Biopsie Ponction

<p>Leucémie aigüe lymphoblastique :</p> <p>Leucocytes (/mm3) :</p> <p>Blastes sanguins (/mm3) :</p> <p>Blastes sanguins à l'évaluation à J8 (/mm3) :</p> <p>Blastes médullaires (%) :</p> <p>Classification FAB : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Inclassable</p> <p>Immunophénotypage :</p> <p>Cytogénétique :</p>	<p>Leucémie aigüe non lymphoblastique :</p> <p>Leucocytes (/mm3) :</p> <p>Blastes sanguins (/mm3) :</p> <p>Blastes médullaires (%) :</p> <p>Classification FAB : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Inclassable</p> <p>Cytogénétique :</p> <p>Biologie moléculaire :</p>
--	---

Biologie moléculaire :

.....

.....

Index d'ADN :

.....

Cortico-sensible : OUI NON Inévaluable

Localisation neuro-méningée : OUI NON NA

Atteintes (*choix multiples*) :

Autres localisations :

SNC - LCR

Atteintes (*choix multiples*) :

Autres localisations :

SNC - LCR

Maladie de Hodgkin :

Stade Ann Arbor : I II III IV

Cases à cocher, choix multiple { A B
 a b
 E

Localisation retenue comme tumorale :

Type histologique :

Volume tumoral (mm³) :

-
-
-

Rapport médiastino-thoracique :

VS :

Lymphome de Burkitt :

Stade de Murphy : I II III IV

LDH (UI/l) : ≤ 2 fois la normale > 2 fois la normale

Atteintes (*choix multiples*) :

Moelle osseuse :

SNC

LCR

Autres :

Caryotype :

.....

.....

Biologie moléculaire :

.....

.....

Lymphome anaplasique :

Stade de Murphy : I II III IV

LDH (UI/l) : ≤ 2 fois la normale > 2 fois la normale

Atteintes (*choix multiples*) :

Moelle osseuse :

SNC

LCR

Autres :

Caryotype :

.....

.....

Biologie moléculaire :

.....

.....

Lymphome lymphoblastique T :

Stade de Murphy : I II III IV

LDH (UI/l) : ≤ 2 fois la normale > 2 fois la normale

Atteintes (*choix multiples*) :

Moelle osseuse :

SNC - LCR

Autres :

Caryotype :

.....

.....

Biologie moléculaire :

.....

.....

Autres lymphomes :

Stade de Murphy : I II III IV

Atteintes (choix multiples) :

- Moelle osseuse :
- SNC - LCR
- Autres :

Caryotype :
.....
.

Biologie moléculaire :
.....
..

Leucémie myéloïde chronique :

Allogreffable : OUI NON NA

Mutation BCR-ABL : OUI NON Type :
.

Caryotype :
.....
.

Biologie moléculaire :
.....
..

Anomalie additionnelle au caryotype :

Syndrome myélodysplasique :

Type :

- JMML
Caryotype :
- Biologie moléculaire :

- Syndrome de Down :
 - Réaction leucémioïde transitoire
 - Leucémie

- Syndrome myélodysplasique
 - Cytopénie réfractaire (blastés sanguins < 2% + blastés médullaires

- <5%)
 - AREB (blastés sanguins 2 à 19% + blastés médullaires de 5 à 19%)
 - AREB-T (blastés sanguins de 20 à 29% + blastés médullaires de 20 à 29%)

Cytogénétique :
.....

Autres syndromes myéloprolifératifs :

Type histologique :
.

Bilan d'extension :
.

Facteurs pronostiques :
.

Description :
.....
.

Clinique :
.....
.

Autre :

Type histologique :
.

Bilan d'extension :

Facteurs pronostiques :
.

Description :
.....
.

Clinique :
.....
.

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 :

Application d'un référentiel

- Application d'un référentiel international
- Application d'un référentiel national
- 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"/> Chirurgie				
<input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie				
<input type="checkbox"/> Radiothérapie				
<input type="checkbox"/> Thérapies ciblées				

<input type="checkbox"/> Autres traitements médicamenteux spécifiques <input type="checkbox"/> Intensification thérapeutique <input type="checkbox"/> Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques <input type="checkbox"/> Radiothérapie métabolique <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> A représenter			
---	--	--	--

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

Méthode de préservation de la fertilité proposée :

OUI NON Sans objet

(Si oui) Méthode envisageable et timing :

- Cryoconservation du sperme
- Congélation de pulpe testiculaire
- Vitriification ovocytaire
- Cryoconservation ovarienne
- Cryoconservation testiculaire

Acceptée OUI NON **Réalisée** OUI NON