



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

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 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

Antécédent génétique constitutionnel

(selon coches, affiche les champs textes correspondant)

Antécédents personnels carcinologiques :

Antécédents familiaux carcinologiques :

Antécédents génétique constitutionnel :

Siège de la tumeur primitive

- Maladie de Hodgkin Autres lymphomes Autres syndromes myéloprolifératifs
 Syndrome myélodysplasique Leucémie aigüe non lymphoblastique
 Leucémie aigüe lymphoblastique
 Leucémie myéloïde chronique 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 :

- Chirurgie : précision Date de traitement :
Chimiothérapie : précision Date de début de traitement : Date de fin de traitement :
Radiothérapie : précision Date de début de traitement : Date de fin de traitement :
Greffe de cellules souches hématopoïétiques : précision Date de traitement :
Immunothérapie Date de traitement :
Thérapie ciblée Date de traitement :
Autre : précision Date de traitement :

Traitements en cours :

- Chirurgie : précision Date de traitement :
Chimiothérapie : précision Date de début de traitement :
Radiothérapie : précision Date de début de traitement :
Greffe de cellules souches hématopoïétiques : précision Date de traitement :
Immunothérapie Date de traitement :
Thérapie ciblée Date de traitement :
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

Leucémie aigüe lymphoblastique :

Leucocytes (/mm3) :
Blastes sanguins (/mm3) :
Blastes sanguins à l'évaluation à J8 (/mm3) :
Blastes médullaires (%) :
Classification FAB : 1 2 3 Inclassable
Immunophénotypage :

Leucémie aigüe non lymphoblastique :

Leucocytes (/mm3) :
Blastes sanguins (/mm3) :
Blastes médullaires (%) :
Classification FAB : 0 1 2 3 4 5 6 7 Inclassable
Cytogénétique :

Cytogénétique :

Biologie moléculaire :

Index d'ADN :

Cortico-sensible : OUI NON Inévaluable

Localisation neuro-méningée : OUI NON NA

Atteintes (*choix multiples*) :

Autres localisations :

SNC - LCR

Biologie moléculaire :

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 :

.....
.....

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

Cadre de la Proposition de prise en charge

Essai clinique : OUI NON si oui préciser lequel

Description de la proposition thérapeutique :
.....