FICHE RCP
HEMATO-PEDIATRIE

EN-HOPE
Organisation Inter Régionale de recours en hémato-oncologie pédiatrique Hauts-de-France et Grand-Est

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 : . . . . . .

Visio conférence : ☐ OUI ☐ NON

Web conférence : ☐ OUI ☐ NON

Nouveau patient : ☐ OUI ☐ NON

AJA : ☐ OUI ☐ NON

Motif de la RCP :

Liste déroulante (Choix unique)

☐ Démarche diagnostique ☐ Surveillance après traitement ☐ Recours (2ème avis)
☐ Proposition de traitement ☐ Ajustement thérapeutique ☐ Autre : . . . . . .

Question précise posée au : ☐**Radiologue** ☐**Oncologue** ☐**Chirurgien**
☐**Traitement local** ☐**Radiothérapie**

Si bouton coché alors commentaire associé

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

Origine du patient : ☐ **CHU Amiens** ☐ **CHU Lille** ☐ **Col** ☐**CHU Nancy**
☐**CHU Strasbourg** ☐**CHU Rein** ☐**CHU Dijon** ☐**CHU Besançon**
☐ **Autre : . . . .**

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
☐ Surveillance ☐NSP

Cas présenté en RCP ce jour

Cases à cocher (Choix unique)

☐ Phase initiale ☐ Rechute date . . . . . ☐ Suspicion ☐ Complication ☐ NA

Si Progression du cancer ou Si Complication

Nombre : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 **Date de progression :** |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

☐ Local ☐ régional ☐ A distance (Métastases)

Si A distance (Métastases)

Localisation *(cases à cocher)*

☐ Osseuse ☐ Hépatique ☐ Pulmonaire ☐ Pleurale
☐ Péritonéale ☐ Méningée ☐ Ovarienne ☐ Autre . . . .

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

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

Commentaires :
……
……

Etat général

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

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

Lanksy : ☐ **10** ☐ **20** ☐ **30** ☐ **40** ☐ **50** ☐ **60** ☐ **70** ☐ **80** ☐ **90** ☐ **100** ☐ **NA**

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

Menu déroulant

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

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 : *(calcul auto selon P/T)*
- ☐ Non (P/T en % > 90)
- ☐ 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
☐ Syndrome myélodysplasique
☐ Leucémie aigüe lymphoblastique
☐ Leucémie myéloïde chronique
☐ Lymphome de Burkitt
☐ Autres lymphomes
☐ Leucémie aigüe non lymphoblastique
☐ Lymphome lymphoblastique T
☐ Autres : . . . .
☐ Autres syndromes myéloprolifératifs
☐ Lymphome anaplasique

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

Rechutes :

Rechute 1 : Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Commentaire : . . . .

Rechute 2 : Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Commentaire : . . . .

Siège de la tumeur primitive

☐ Maladie de Hodgkin
☐ Syndrome myélodysplasique
☐ Leucémie aigüe lymphoblastique
☐ Leucémie myéloïde chronique
☐ Lymphome de Burkitt
☐ Autres lymphomes
☐ Leucémie aigüe non lymphoblastique
☐ Lymphome lymphoblastique T
☐ Autres : . . . .
☐ Autres syndromes myéloprolifératifs
☐ Lymphome anaplasique

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

Rechutes :

Rechute 1 : Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Commentaire : . . . .

Rechute 2 : Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Commentaire : . . . .

➢ **Co morbidités** *(Onglet masqué)*

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**

☐ **Traitements associés**
Anticoagulant
Antiagrégant
Autre . . . . . .

☐ **Autres : . . . .**

➢ **Eléments paracliniques** *(Onglet masqué et duplicable)*

Examen : . . . . . Date de l'examen : **|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|**

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

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 hématopoiétiques : 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 hématopoiétiques : 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 : . . . .

Cytogénétique : . . . . . .
. . . . . .

Biologie moléculaire : . . . . . .
. . . .

Index d'ADN : . . . . . .
. . . .

Cortico-sensible : ☐ OUI ☐ NON ☐ Inévaluable

Localisation neuro-méningée : ☐ OUI ☐ NON ☐ NA

Atteintes *(choix multiples)* :
☐ Autres localisations : . . . . . .
☐ SNC - LCR

Leucémie aigüe non lymphoblastique :

Leucocytes (/mm3) : . . . .

Blastes sanguins (/mm3) : . . . . . .

Blastes médullaires (%) : . . . .

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

Cytogénétique : . . . . . .
. . . . . .

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 leucemoïde transitoire
  - ☐ Leucémie
- ☐ Syndrome myélodysplasique
  - ☐ Cytopénie réfractaire (blastes sanguins < 2% + blastes médullaires <5%)
  - ☐ AREB (blastes sanguins 2 à 19% + blastes médullaires de 5 à 19%)
  - ☐ AREB-T (blastes sanguins de 20 à 29% + blastes 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
☐ Chirurgie ☐ Immunothérapie ☐ Chimiothérapie ☐ Radiothérapie				

☐ Thérapies ciblées ☐ Autres traitements médicamenteux spécifiques ☐ Intensification thérapeutique ☐ Allogreffe de cellules souches hématopoiétiques ☐ Radiothérapie métabolique ☐ Soins palliatifs ☐ Autre ☐ Surveillance ☐ 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
☐ Vitrification 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 ☐ I ☐ II ☐ III

Nom protocole . . . .

Description de la proposition thérapeutique : . . . . . .

. . . . . .