

# RCP Génomique plaquettes ttaires

« Je déclare avoir recueilli le consentement de mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et l’avoir informé que ses données de santé sont gérées via un site sécurisé et sont partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique »

|  |  |
| --- | --- |
| Médecin prescripteur | |
| **Médecin prescripteur de la RCP** (Nom, prénom) **\*** | Dr/Pr Nom Prénom |
| **Médecin responsable du suivi du patient** (Nom, prénom) **\*** | Dr/Pr Nom Prénom |
| **Adresse postale ou messagerie sécurisée de santé *pour envoi du Compte-rendu de RCP* \*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date de la demande** | jour/mois/année |

**\*** *tous les champs marqués par \* sont obligatoires. Si l’une de ces informations est manquante, le patient ne pourra être inscrit.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Patient | | | |
| **Nom de naissance\*** | Nom de naissance | **Date de naissance\*** | jour/mois/année |
| **Nom d’usage** | Nom d’usage | **Lieu de Naissance\***  (« Ville » si naissance en France, « Pays » si naissance à l’étranger) | Lieu de naissance |
| **Prénom\*** | Prénom | **Sexe\*** | F M |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Description des autres membres du trio | | | |
| Mère  Nom d’usage | | **Date de naissance** | jour/mois/année |
| Père  Nom de naissance | | **Date de naissance** | jour/mois/année |
| Autre  Nom d’usage | | **Date de naissance**  **Sexe**  **Lien de parenté** | jour/mois/année  F M  Frère  sœur  grand-parent  tante  oncle  cousin(e) |
| Autre  Nom d’usage | | **Date de naissance**  **Sexe**  **Lien de parenté** | jour/mois/année  F M  Frère  sœur  grand-parent  tante  oncle  cousin(e) |
| Contexte Pathologie plaquettaire | | | | |
| **Type** | Thrombopénie  Thrombopathie | | | |
| **Symptomatologie hémorragique** | **Symptomatologie hémorragique** : oui  ou non  **Score ISTH BAT**: Chiffres  **Symptomatologie hémorragique majeure présentée** : Cliquez ici pour taper du texte.  **Commentaires :** Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **Chronicité** | **Pathologie connue depuis :**  La naissance  Plus de 5 ans  Plus de 10 ans  **A connu des périodes d’amélioration :** oui  ou non  **Si oui, précisez :**  Normalisation de la thrombopénie  Réduction des saignements  Amélioration de la dysfonction plaquettaire | | | |
| **Autres signes associés** | **Manifestations extra hématologiques :** oui  ou non  **Si oui, description** (exemple : neurologique, osseuse, cardiaque, ORL…) : Description  **Autre manifestation hématologique :** oui  ou non  **Si oui, précisez la lignée sanguine** : cases **GR GB globules rouges globules blancs** | | | |
| **Antécédents familiaux** | oui  ou non  **Si oui : citez membres atteints :**  Père  mère  frère  sœur  grand-parent  oncle  tante  cousin(e)  **Transmission supposée :**  Autosomique dominant  Autosomique récessif  Liée à l’X  Transmission incertaine | | | |
| **Traitement** | **Traitement antérieur antihémostatique** **préventif :**  Exacyl  CPA  Desmopressine  Facteur VIIactivé  Hémostase locale  Agoniste TPO  **Traitement antérieur antihémostatique** **curatif :**  Exacyl Transfusion CPA Desmopressine  Facteur VIIactivé  Hémostase locale Agoniste TPO Transfusion CGUA  **Traitement carence martiale :** oui  ou non  **Si oui, durée :** \_ \_\_années ou \_ \_ \_mois | | | |
| **Antécédents de traitement pour PTI** | **Traitement conventionnel du Purpura Thrombopénique Immunologique :** oui  ou non  **Si oui :** efficace  non efficace | | | |
| **Autres informations cliniques pertinentes** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Bilan biologique | |
| **Numération Formule Sanguine, Morphologie** | **Hémoglobine** : Valeur g/L  **Numération plaquettaire : Valeur** G/L  Présence de plaquettes géantes : oui  ou non  si oui : Valeur %  Présence de macroplaquettes : oui  ou non  si oui : Valeur %  Présence de microplaquettes : oui  ou non  si oui : Valeur %  **Anomalie des autres lignées :** oui  ou non ,  **Si oui,** **précisez**: GR  GB |
| **Bilan hémostase autre** | **Coagulation (TQ TCA) normale :** oui  ou non  **Taux de facteur Willebrand antigène** Valeur UI/mL  **Taux de facteur Willebrand activité** Valeur UI/mL |
| **Exploration plaquettaire** | **Agrégation plaquettaire anormale :** oui  ou non  **Si oui :**  Absence d’agrégation à tous les agonistes  Défaut d’agrégation à un seul agoniste,  **Précisez l’agoniste** :  collagène  acide arachidonique  ADP  TRAP  épinéphrine  ristocétine  Défaut d’agrégation à plusieurs agonistes,  **Précisez les agonistes** :  collagène  acide arachidonique  ADP  TRAP  épinéphrine  ristocétine  **Exploration granulaire anormale :** oui  ou non  **Si oui :**  Microscopie électronique anormale  Contenu granulaire anormal  Sécrétion granulaire anormale (sous l’effet d’un agoniste)  **Résultats de cytométrie de flux anormale :** oui  ou non  **Si oui :**  Anomalie d’expression à l’état de base d’un ou de plusieurs récepteur(s) membranaire(s), **indiquez le récepteur** : Cliquez ici pour taper du texte.  Anomalie de l’activation plaquettaire  Anomalie granulaire |
| **Examens génétiques**  **Panel de gènes** | **Réalisé :** oui  ou non  **Si oui, résultats** : négatif  anomalie moléculaire identifiée |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Traitements actuels autres si pertinents | | |
| **Traitements actuels** (dont Agent Anti Plaquettaire, AINS, anticoagulant, inhibiteur de recapture de la sérotonine) | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Chronologie de la RCP | |
| **RCP d’amont**  (Validation de l’indication du séquençage) |  |
| **RCP d’aval**  (Validation du résultat du séquençage) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Avis de la RCP | |
| **Médecins experts présents (Nom Prénom Spécialité)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Réponse** | Dossier accepté pour le séquençage du génome entier : oui  ou non  Cliquez ici pour taper du texte. |