

# RCP Pathologies plaquettaires

« 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 mail *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 |
| **Poids** | \_ \_ \_kg | **Groupe Sanguin** | A B AB O |
| **Taille** | \_ \_ \_cm | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Contexte Pathologie plaquettaire | |
| **Type** | Thrombopénie  Thrombopathie  Diagnostic si connu :Cliquez ici pour taper du texte. |
| **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. |
| **Autres signes associés** | **Manifestations extra hématologiques**  **Syndrome évoqué** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Antécédents familiaux** | oui  ou non  **Si oui : membres atteints**: Cliquez ici pour taper du texte.  **Transmission supposée :**  Autosomique dominant Autosomique récessif  Lié à l’X  Transmission incertaine |
| **Traitement** | **Traitement antérieur antihémostatique** **préventif :**  Exacyl CPA Desmopressine  Facteur VII activé 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 |
| **Informations cliniques pertinentes, comorbidité** (examen, date et résultat) | 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 , précisez Cliquez ici pour taper du texte. |
| **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 :Cliquez ici pour taper du texte.  Défaut d’agrégation à plusieurs agonistes, précisez :Cliquez ici pour taper du texte.  **Exploration granulaire anormale :** oui  ou non  **Si oui :**  Microscopie électronique anormale  Contenu granulaire anormal  Sécrétion granulaire anormale  **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), précisez : Cliquez ici pour taper du texte.  Anomalie de l’activation plaquettaire, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.  Anomalie granulaire, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Examens génétiques** | **Réalisé :** oui  ou non  Si oui, résultats : Cliquez ici pour taper du texte. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Demande à la RCP | |
| **Avis demandé\*** | **Diagnostique** **Thérapeutique** **Autre** |
| **Niveau d’urgence\*** | **Urgent**  **Non urgent** |
| **Question posée\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Eléments pertinents du contexte** (avis du patient, ressources locales…) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Observatoire des traitements**  **(en cas de prescription d’un médicament, d’un dispositif médical ou d’une pratique non médicamenteuse en dehors de ses indications validées et remboursées)** | **Nom**  **du médicament, du dispositif médical ou de la pratique non médicamenteuse prescrite en dehors de ses indications validées et remboursées** :  **FVII activé recombinant** **Agoniste TPO** **Autre (préciser)** Cliquez ici pour taper du texte.  Dose à administrer : Valeur  Unité (UI, U, µg, mg…) : Cliquez ici pour taper du texte.  Rythme : Rythme  Voie d'administration : Cliquez ici pour taper du texte.  **Nature du traitement** :  ☐ curatif/à la demande (<2 mois) ☐ prophylaxie long terme (≥2 mois)  ☐ prophylaxie périprocédurale ☐ prophylaxie grossesse/accouchement  **Existence d'alternative ayant une indication validée et remboursée dans l'indication considérée** :  ☐ Oui ☐ Non ☐ pas d'accès aux essais cliniques  Si oui, quelle alternative ? Cliquez ici pour taper du texte.  **Justification clinique de l’usage** : Cliquez ici pour taper du texte.  **Inclusion dans registre FranceCoag** : ☐ Oui ☐ Non  **Références bibliographiques proposées** (littérature scientifique, recommandations de sociétés savantes ou de la HAS, PNDS, clinicaltrials.gov...) et/ou **données disponibles** (données préliminaires d’essais cliniques en vue d’un accès précoce ou compassionnel éventuel) : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Avis de la RCP | |
| **Médecins experts présents (Nom Prénom Spécialité)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Observatoire des traitements** | **Avis favorable de la RCP pour la prescription du médicament, du dispositif médical ou de la pratique non médicamenteuse en dehors de ses indications validées et remboursées :**  ☐ Oui ☐ Non  **Nom du médicament / dispositif / pratique retenue** : Cliquez ici pour taper du texte.  Dose à administrer : Valeur Unité (UI, U, µg, mg…) : Cliquez ici pour taper du texte.  Rythme : Rythme Voie d'administration : Cliquez ici pour taper du texte.  **Antériorité de la pratique au sein de MHEMO** : Cliquez ici pour taper du texte.  **Références bibliographiques retenues** et/ou **données disponibles retenues** : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Réponses hors observatoire** | Cliquez ici pour taper du texte. |