

Établissement d'origine : _____ Médecin demandeur : _____

Centre investigateur : _____ Médecin investigateur : _____

Demande urgente : Oui Non

Nom de(s) l'étude(s) envisagée(s) : _____

Patient

H F Date de naissance : ___ / ___ / ___ Taille : _____ cm Poids : _____ kg
 Nom d'usage : _____ OMS : _____
 Nom de naissance : _____ ETIQUETTE PATIENT Téléphone : _____
 Prénom : _____ @ : _____

Historique de la maladie

Phase clinique de la maladie : De novo Rechute / Réfractaire Haut risque de rechute

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lymphome Non Hodgkinien (LNH) | <input type="checkbox"/> Lymphome Hodgkinien (LH) |
| <input type="checkbox"/> Syndrome MyéloDysplasique (SMD) | <input type="checkbox"/> Myélome Multiple (MM) |
| <input type="checkbox"/> Leucémie Aiguë Myéloblastique (LAM) | <input type="checkbox"/> Leucémie Myéloïde Chronique (LMC) |
| <input type="checkbox"/> Leucémie Lymphoïde Chronique (LLC) | <input type="checkbox"/> Leucémie Lymphoïde Aiguë (LLA) |

Hémopathie au diagnostic

Hémopathie à la rechute

Date : _____	_____
Cytologie : _____	_____
Cytogénétique : _____	_____
NGS : _____	_____
Immunophénotypage : _____	_____

Traitements antérieurs :

Chimiothérapie / Immunothérapie / Thérapie ciblée : Oui Non
 Ligne 1 : _____ Ligne 3 : _____
 Ligne 2 : _____ Ligne 4 : _____
 Date de fin de traitement : ___ / ___ / ___
 Radiothérapie : Oui Non Date de fin de traitement : ___ / ___ / ___
 Autres : _____

Comorbidités / ATCD notables : HTA Diabète Maladie Auto-immune Autre Cancer
 Troubles cardiaques, précisez : _____
 Autre : _____

Traitements concomitants : _____

Corticoïdes : Oui Non Posologie : _____

Commentaire : _____

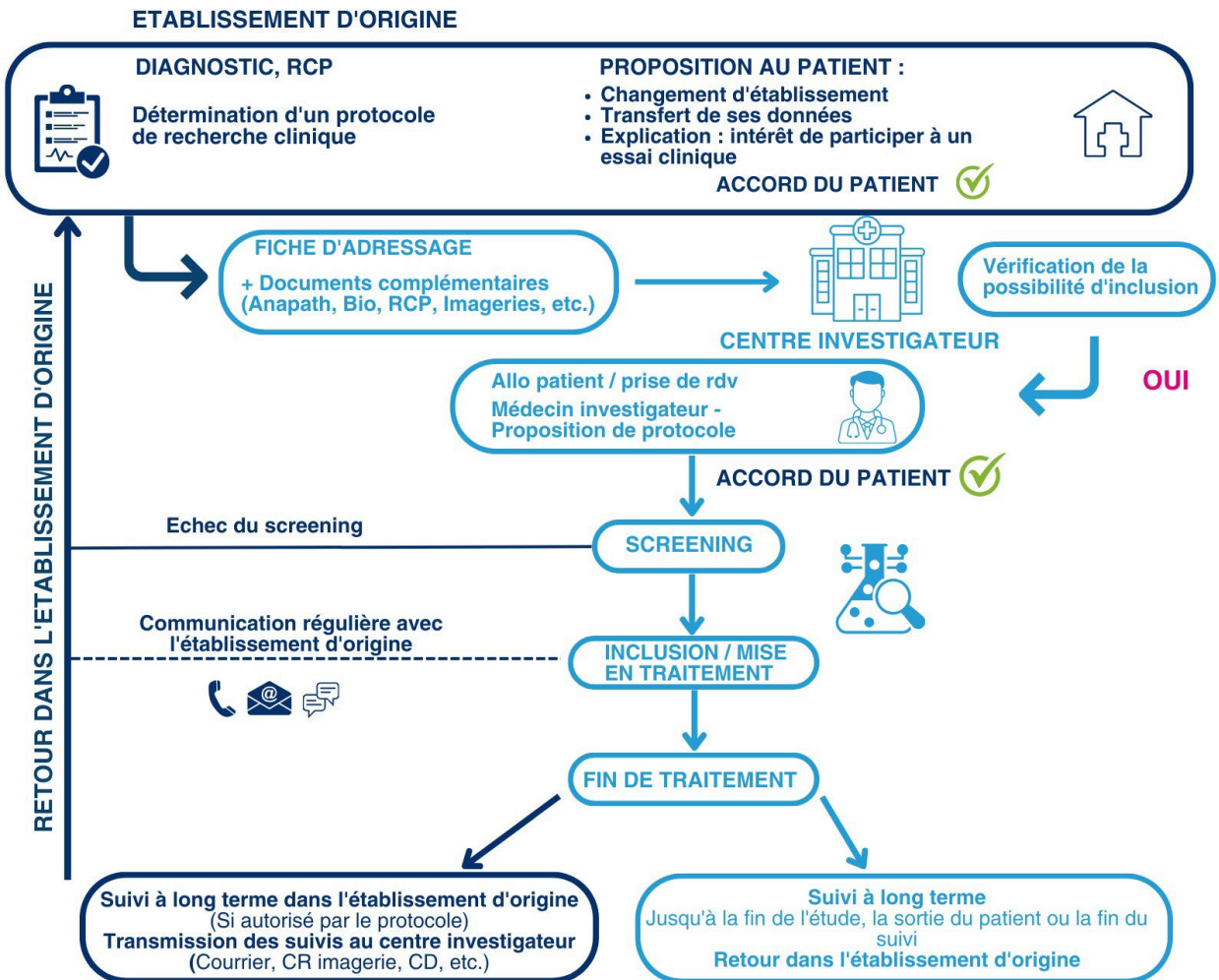
Date, tampon et signature du médecin demandeur

 _____ et @ _____

(si n'apparaissent pas sur le tampon)

TAMPON
MEDECIN

Prise en charge d'un(e) patient(e) dans un protocole clinique dans un centre différent



En tant que médecin demandeur :

J'ai reçu l'accord du patient pour que ses données médicales soient transmises à un autre établissement pour éventuellement participer à un essai clinique.

J'ai abordé avec le patient le(s) essai(s) clinique(s) envisagé(s) et la possibilité que les critères d'inclusion ne soient pas remplis. Oui Non

Je m'engage à assurer le suivi du patient dès la fin de l'étude et à fournir au centre investigateur les suivis, si autorisé par le protocole. Oui Non

Merci de fournir l'ensemble des éléments suivant (si applicable) :

- Courrier de liaison
- Compte-rendu(s) de RCP
- Compte-rendu(s) de chirurgie
- Compte-rendu(s) anatomopathologique(s) / biologie moléculaires
- Compte-rendu(s) des dernières imageries
- Un bilan biologique récent (*hématologie, ionogramme sanguin, bilan hépatique, créatininémie, hémogramme*)

Date, tampon et signature du médecin demandeur

☎ _____ et @ _____

(si n'apparaissent pas sur le tampon)

