

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

- | | |
|--|--|
| ☐ Lymphome Non Hodgkinien (LNH) | ☐ Lymphome Hodgkinien (LH) |
| ☐ Syndrome MyéloDysplasique (SMD) | ☐ Myélome Multiple (MM) |
| ☐ Leucémie Aiguë Myéloblastique (LAM) | ☐ Leucémie Myéloïde Chronique (LMC) |
| ☐ Leucémie Lymphoïde Chronique (LLC) | ☐ 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 : _____

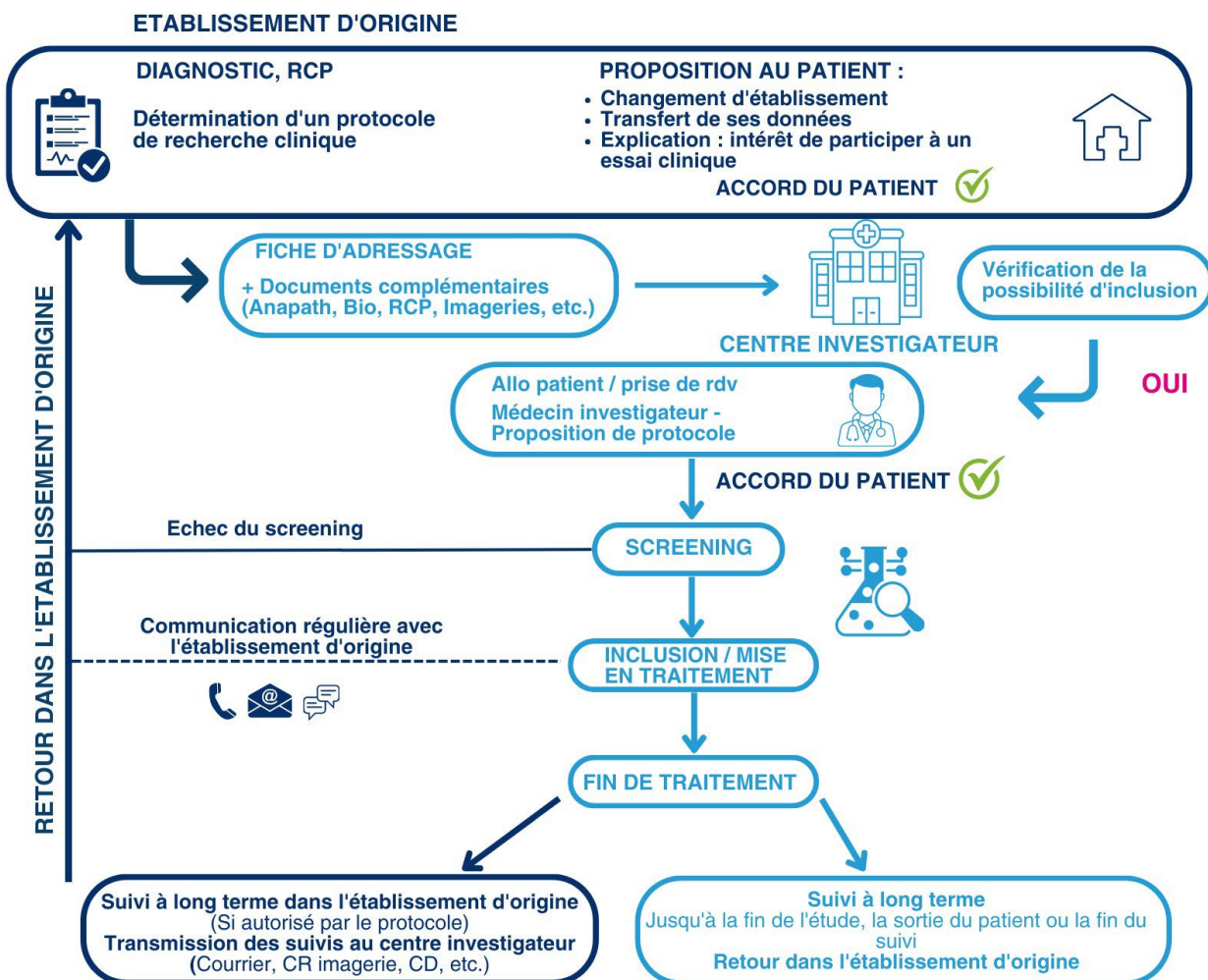
Date, tampon et signature du médecin demandeur

 _____ 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)

TAMPON
MEDECIN