

Attention : les rubriques ou items précédé(e)s d'un astérisque devront être obligatoirement rempli(e)s

*** IDENTIFICATION PATIENT (PATIENTE)**

Nom : Prénom :
 Nom de jeune Fille :
 Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|
 Pays de naissance : Ville de naissance :

*** IDENTIFICATION PRATICIEN REFERENT**

Nom : Prénom :

*** MOTIFS DE PRESENTATION DU DOSSIER EN RCP**

Prise en charge selon référentiel Régional
 Concertation pour avis diagnostique ou complément « staging »
 Concertation pour avis thérapeutique

*** PATIENT DE PLUS DE 70 ANS**

Score G8 : Evaluation gériatrique proposée : Oui Non autres :

DONNEES CLINIQUES

* Site révélateur :
 * Siège : * Côté :
 * Karnofsky :% ou au minimum PS :

* Signes B Oui Non

Si oui :

Amaigrissement : Oui Non
 Fièvre : Oui Non
 Sueurs nocturnes : Oui Non
 Asthénie : Oui Non

Localisations nodales ou extra - nodales :

* Nombre de sites extranodaux :
 Précisez les sites :

* Nombre de sites nodaux : supérieur à
 Précisez les zones atteintes, en particulier sus et/ou sous diaphragmatiques.....

Bulky : Oui Non
 Taille de la masse : mm

DONNEES BIOLOGIQUES

Selon précisions des données

* LDH : Normale Anormale

B2m : Normale Anormale

LDH : Taux: _____

B2m : Taux : _____

LDH : Normale : _____

B2m: Normale: _____

GB: _____

PN: _____

Lympho: _____

Plaquettes: _____

Hb: _____

Créatinine: _____

Calcémie: _____

* Remplir au moins l'un des 2 :

Myélogramme envahi : Oui Non Si oui, % envahissement : _____

LCR envahi : Oui Non

BM envahie : Oui Non Si oui, % envahissement : _____

Hépatite B : Oui Non

Hépatite C : Oui Non

Immunophénotypage : sur moëlle sur sang

.....
.....
.....
.....

Pic monoclonal : Oui Non Taux: _____ g/L

Si oui, type d'immunoglobuline :

Ig G Ig A Ig M Ig D Ig E

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

* Date de prélèvement : |__| |__| |__| * Site : _____

* Diagnostic Histologique : Classification internationale codée : _____ * Grade : _____

Entité particulière : (menu déroulant) - Sclérosant du médiastin

- Transformé d'emblée

- Transformé Secondaire

- B riche en T

- LNH B intravasculaire

- Lymphome des séreuses

- Cérébral primitif isolé

- Plasmablastique

- LNH de la zone marginale splénique

- Lymphome du MALT

- Lymphome T

STADIFICATION

* Stade :

IPI :

IPI AA :

FLIPI :

ANATOMOPATHOLOGIE DU DIAGNOSTIC INITIAL

Phénotype B mature <input type="checkbox"/>		Phénotype T mature <input type="checkbox"/>		Phénotype immature B/T <input type="checkbox"/>	
CD 20	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Tdt	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
CD 79a	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 5	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 79a	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
CD 5	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 43	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 10	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
CD 10	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
CD 23	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 8	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 5	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
CD 43	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 56	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bcl 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	TIA 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 8	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bcl 6	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Granzyme B/perf	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 1a	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
CD 138	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 30	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CD 7	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
MUM 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ALK 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre :	
Cycline D1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	EMA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Autre :		Autre :			

Cytogénétique conventionnelle : Oui Non FISH : Oui Non**Description en clair :**Clonalité B (PCR) : Oui NonClonalité T (PCR) : Oui NonRéarrangement bcl2 (RT-PCR) : Oui NonRéarrangement bcl1 (RT-PCR) : Oui Non**Associations :**EBV Oui NonHHV8 Oui Non* HIV Oui NonHelicobacter Pylori Oui NonPost-transplantation : Oui Non

Autres en clair : _____

