**Date de la RCP :** Cliquez ici pour entrer une date.

**RCP052 Myélomes multiples :**

**Responsable : Dr HULIN Cyrille**

Mardi 15h00-hebdomadaire-Groupe Hospitalier Sud

**Demande inscription uniquement par mél au :**

3c-sud@chu-bordeaux.mssante.fr (05.57.65.63.54)

Clôture des inscriptions le Mardi à 12h

**Eléments nécessaires pour inscription :**

* Fiche RCP complétée informatiquement à envoyer sous Format Word à 3c-sud@chu-bordeaux.mssante.fr
* Eléments nécessaires à la discussion du dossier
* Derniers bilans biologiques

**Médecin demandeur**

**Nom du médecin demandeur d’avis en RCP :**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Structure de rattachement HORS CHU :**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Commune si cabinet privé :**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Patient**

**NOM marital :** Cliquez ici pour taper du texte.

**NOM de naissance :** Cliquez ici pour taper du texte.

**PRENOM(S) :** Cliquez ici pour taper du texte.

**DATE DE NAISSANCE :** Cliquez ici pour entrer une date.

[ ]  **Masculin** [ ]  **Féminin**

**VILLE DE NAISSANCE :** Cliquez ici pour entrer une date.

* **Pour les patients non connus du CHU : adresse postale complète et numéro de téléphone (fournir bulletin de situation)**

Cliquez ici pour taper du texte.

**NOM du médecin traitant :**

Cliquez ici pour taper du texte.

**Date dernière présentation le : / /**

**1ère présentation Critères diagnostic, CRAB et biomarqueurs :**

Plasmocytome (prouvé histologiquement) :

Plasmocytose médullaire: %

Gammaglobulines g/L

Pic intégré sur électrophorèse : g/L (dosages pondéraux IgG A M g/l)

CLL sériques : mg/L et ratio

Protéinurie : g/24h (recherche de BJ : )

Calcémie : mmol/L

Créatininémie : Mimol/L (clearance: )

Hémoglobine : g/dl

Lésions osseuses :

**Facteurs pronostic :**

Béta2microglobuline : mg/L

Albumine : g/L

LDH U/L

FISH del17 t(4:14)

**Caryotype :**

**Comorbidités notables pouvant modifier la prise en charge :**

**Bilan pré-thérapeutique :**

|  |  |
| --- | --- |
| ECOG : | plaquettes : G/l |
| Leucocytes (PNN) : G/l  | Uricémie : |
| Coag : | Sérologies virales (hépatites, HIV) : |
| Ionogramme : | RP : |
| Bilan hépatique :  | ECG : |

Autres selon clinique / ATCD :

**TYPE DE GAMMAPATHIE ET SYNTHESE HISTOIRE DE LA MALADIE :**

*Exemple : Type /date ; Indication ; Nb de cycles ; Réduction de doses/Complications ; Réponse ; Arrêt (date/raison****)***

**QUESTION POSÉE AU COMITE ET DEMANDE DU MEDECIN PRESENTANT LE DOSSIER :**