**PATIENT**

Initiales : Nom I\_\_I\_\_I Prénom I\_\_I\_\_I

Année de naissance : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Sexe : Masculin I\_\_I Féminin I\_\_I

Antécédents notables :

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antécédents familiaux :

* Hémopathie : Oui : I\_\_I Non : I\_\_I

Si oui, précision : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Maladie auto-immune : Oui : I\_\_I Non : I\_\_I

Si oui, précision : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Néoplasie : Oui : I\_\_I Non : I\_\_I

Si oui, précision : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Traitement avant le diagnostic de l’hémopathie:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Exposition professionnelle à risque (d’hémopathie ou de sclérodermie systémique) :

Oui : I\_\_I Non : I\_\_I

Tabac : Oui : I\_\_I Non : I\_\_I

Si oui : Actif : I\_\_I Sevré : I\_\_I Nbre de PA : I\_\_I\_\_I

Si sevré, depuis combien de temps (en année) ? I\_\_I\_\_I

Alcool : Oui : I\_\_I Non : I\_\_I

Si oui : Actif : I\_\_I Sevré : I\_\_I Unité/j : I\_\_I\_\_I

Si sevré, depuis combien de temps (en année) ? I\_\_I\_\_I

Autres toxiques : Oui : I\_\_I Non : I\_\_I

Si oui, précision : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SCLERODERMIE SYSTEMIQUE**

**1/ Clinique :**

Critères ACR/EULAR 2013 (Annexe 1) remplis : Oui : I\_\_I Non : I\_\_I

Date du diagnostic (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Forme : Cutanée limitée I\_\_I Cutanée diffuse I\_\_I Sine scleroderma I\_\_I Morphée I\_\_I

Date des 1ers symptômes, hors syndrome de Raynaud : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Score de Rodnan au diagnostic : I\_\_I\_\_I/51

Syndrome de Raynaud : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Atteinte(s) d’organe(s) :

* Vasculaire (HTP, ulcérations digitales, autre) : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, préciser type et date de diagnostic : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

* Cardiaque (myocardite, autre) : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, préciser type et date de diagnostic :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

* Pulmonaire (pneumopathie interstitielle, EFR, autre) : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, préciser type et date de diagnostic :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

* Digestif (RGO, POIC, gastroparésie, autre) : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, préciser type et date de diagnostic :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

* Articulaire : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, préciser type et date de diagnostic :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

* Musculaire : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, préciser type et date de diagnostic :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

* Crise rénale sclérodermique : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, préciser (HTA, protéinurie, biopsie rénale, traitement) et date de diagnostic : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Association syndrome sec : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, préciser si syndrome de Sjögren associé : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Autre(s) maladie(s) auto-immune(s) associée(s) : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2/ Paraclinique :**

Anticorps :

* FAN : OUI I\_\_I NON I\_\_I
* Anti-Scl70 : OUI I\_\_I NON I\_\_I
* Anti-centromères : OUI I\_\_I NON I\_\_I
* Anti-RNA polymérase III : OUI I\_\_I NON I\_\_I
* Anti-PMScl : OUI I\_\_I NON I\_\_I
* Anti-fibrillarine : OUI I\_\_I NON I\_\_I
* Autre(s) : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NFS au diagnostic de la ScS:

* Hémoglobine (g/dL): I\_\_I\_\_I,I\_\_I
* Hématocrite (%) : I\_\_I\_\_I
* PNN (G/L) : I\_\_I\_\_I,I\_\_I
* PNE (G/L) : I\_\_I,I\_\_I
* PNB (G/L) : I\_\_I,I\_\_I
* Monocytes (G/L) : I\_\_I,I\_\_I
* Lymphocytes (G/L) : I\_\_I,I\_\_I
* Plaquettes (G/L) : I\_\_I\_\_I\_\_I

**3/ Traitement :**

Traitement(s) reçu(s) :

1ère ligne :

* Date de début (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Date d’arrêt (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Réponse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Motif d’arrêt : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2ème ligne :

* Date de début (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Date d’arrêt (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Réponse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Motif d’arrêt : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3ème ligne :

* Date de début (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Date d’arrêt (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Réponse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Motif d’arrêt : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4ème ligne :

* Date de début (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Date d’arrêt (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Réponse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Motif d’arrêt : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HEMOPATHIE**

**Type :** Thrombocytémie essentielle I\_\_I Polyglobulie de Vaquez I\_\_I

Leucémie myéloïde chronique I\_\_I Myélofibrose primitive I\_\_I

**1/ Clinique :**

Date du diagnostic (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Atteinte(s) :

* Splénomégalie : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, date de diagnostic : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

* Hépatomégalie : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, date de diagnostic : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

* Syndrome d’hyperviscosité : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, date de diagnostic : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

* Erythromélalgie : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, date de diagnostic : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

* Fièvre : OUI I\_\_I NON I\_\_I
* Amaigrissement : OUI I\_\_I NON I\_\_I
* Anorexie : OUI I\_\_I NON I\_\_I
* Asthénie : OUI I\_\_I NON I\_\_I
* Thrombose (veineuse et/ou artérielle) : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, date de diagnostic : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Hémorragie : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, date de diagnostic : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2/ Paraclinique :**

Typage : merci de joindre les CR

* Anomalie moléculaire :
* Myélogramme :
* BOM :
* Anomalie cytogénétique :

NFS au diagnostic de l’hémopathie :

* Hémoglobine (g/dL) : I\_\_I\_\_I,I\_\_I
* Hématocrite (%) : I\_\_I\_\_I
* PNN (G/L) : I\_\_I\_\_I,I\_\_I
* PNE (G/L) : I\_\_I,I\_\_I
* PNB (G/L) : I\_\_I,I\_\_I
* Monocytes (G/L) : I\_\_I,I\_\_I
* Lymphocytes (G/L) : I\_\_I,I\_\_I
* Plaquettes (G/L) : I\_\_I\_\_I\_\_I

**3/ Traitement :**

Traitement(s) reçu(s) :

1ère ligne :

* Date de début (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Date d’arrêt (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Réponse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Motif d’arrêt : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2ème ligne :

* Date de début (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Date d’arrêt (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Réponse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Motif d’arrêt : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3ème ligne :

* Date de début (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Date d’arrêt (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Réponse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Motif d’arrêt : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4ème ligne :

* Date de début (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Date d’arrêt (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Réponse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Motif d’arrêt : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4/ Complications liées à l’hémopathie :**

Type/date :

* Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Date (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Date (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Date (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Date (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Date (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Date (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

**5/ Evolution en Leucémie Aiguë** : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, précision : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DERNIERES NOUVELLES :**

Date des dernières nouvelles (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Décès : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, préciser la cause : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Evolution de l’hémopathie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Evolution de la sclérodermie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autres éléments : OUI I\_\_I NON I\_\_I

Si oui, préciser :

* Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Date (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Date (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Date (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Date (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Date (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I
* Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Date (MM/AAAA) : I\_\_I\_\_I//I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I