

**DEMANDE DE CONSULTATION EN GREFFE DE  
CELLULES HÉMATOPOÏÉTIQUES**  
(Formulaire dynamique)

Nom et prénom de l'utilisateur :		
Nom de la mère :		
N° d'assurance maladie :	Expiration :	Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :
Adresse (n°, rue) :		
Code postal :	Téléphone :	Ind. rég. Résidence :
Ind. rég. Travail :	Poste :	Ind. rég. Cellulaire :
Courriel :		

Identification du médecin référent et du point de service			
Nom du médecin référent :		N° de permis :	
Nom du point de service :			
Ind rég.	N° de téléphone :	N° de poste	Ind rég. N° de télécopieur :
Adresse courriel :			
Copie de la réponse d'acceptation ou de refus à : <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Autre médecin			
Nom et coordonnées, le cas échéant :			
Personne-ressource à joindre en cas de question concernant la demande (si autre que le médecin référent)			
Nom de la personne-ressource :		Fonction :	
Ind rég.	N° de téléphone :	N° de poste	Ind rég. N° de télécopieur :
Adresse courriel :			
Renseignements sur le diagnostic			
Diagnostic :	<input type="checkbox"/> Leucémie aigüe	<input type="checkbox"/> Lymphome	<input type="checkbox"/> Myélome
	<input type="checkbox"/> Syndrome myélodysplasique	<input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> Néoplasie myéloproliférative
Sous-type, stade et score pronostique :			
Date du diagnostic :			
Manifestations cliniques au diagnostic :			
Comorbidités pertinentes (joindre les documents d'investigation) :			
Allergies connues : <input type="checkbox"/> Cochez si aucune allergie n'est connue.			
Résultats des analyses au diagnostic (avec date), svp résumer les points les plus pertinents :			
FSC			
Biochimie (selon diagnostic : créat, LDH, alb, B2M, Ig, pic M, chaîne légère, etc.)			
Myélogramme			
Biopsie (os, ganglions, etc.)			

Cytogénétique et biologie moléculaire	
Imagerie (TDM/IRM/TEP)	
Ponction lombaire	
Autres informations :	

### Description des traitements reçus

Ligne	Type	Nb de cycles	Date C1J1	Commentaires/réponses
1 <sup>re</sup> ligne :				
2 <sup>e</sup> ligne :				
Lignes ultérieures :				

Complications notables :

Réponse actuelle :  Complète  Partielle  Réfractaire  Inconnue

Détails quant à la réponse actuelle :

### Renseignements sur l'état actuel du patient

État général actuel (ECOG/KPS) :

Fonctions organiques actuelles :	Cardiaque :	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Autre :
	Pulmonaire :	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Autre :
	Rénale :	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Autre :
	Hépatique :	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Autre :

Autres examens prévus ou à venir (avec date, si connue) :

### Autres indications ou commentaires

Typages HLA :  Effectués = répondre ci-dessous  En cours  Non fait  Pas de fratrie  
 Fratrie (max 60 ans)  Enfants  Parents (max 60 ans)

Commentaires ou autres informations complémentaires :

Signature du référent :		Date :	
-------------------------	--	--------	--

**Veillez prendre note que l'évaluation rapide du dossier nécessite les éléments suivants :**

- 1) Le formulaire **DEMANDE DE CONSULTATION EN GREFFE DE CELLULES HÉMATOPOÏÉTIQUES** dûment complété.
- 2) Le formulaire **RAPPORTS À JOINDRE À LA DEMANDE DE CONSULTATION EN GREFFE DE CELLULES HÉMATOPOÏÉTIQUES** ainsi que les éléments demandés selon le diagnostic :
  - a. Pour un diagnostic de leucémie aiguë, syndrome myélodysplasique, néoplasie myéloproliférative, leucémie myéloïde chronique, aplasie médullaire ou PNH : **page 3**.
  - b. Pour un diagnostic de lymphome (de Hodgkin ou non hodgkinien) ou leucémie lymphoïde chronique : **page 4**.
  - c. Pour un diagnostic de myélome ou autres dyscrasies plasmocytaires : **page 5**.
- 3) Transmettre l'ensemble des éléments à l'adresse courriel ([greffe.ch.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:greffe.ch.cemtl@ssss.gouv.qc.ca)) ou par télécopieur ([514-899-8465](tel:514-899-8465), [attention, nouveau numéro](#)).
  - **Notez bien que la ligne de télécopie sera accessible jusqu'au 31 mars 2022.**



## RAPPORTS À JOINDRE À LA DEMANDE DE CONSULTATION EN GREFFE DE CELLULES HÉMATOPOÏÉTIQUES

Nom et prénom de l'utilisateur :			
Nom de la mère :			
N° d'assurance maladie :	Expiration :	Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :	
Adresse (n°, rue) :			
Code postal :	Téléphone :	Ind. rég. :	Résidence :
Ind. rég. :	Travail :	Poste :	Ind. rég. Cellulaire :
Courriel :			

**DIAGNOSTICS** : LEUCÉMIE AIGUË, SYNDROME MYÉLODYSPLASIQUE, NÉOPLASIE MYÉLOPROLIFÉRATIVE, LEUCÉMIE MYÉLOÏDE CHRONIQUE, APLASIE MÉDULLAIRE OU PNH

Résultats des rapports :	Disponible	En cours*	Non fait
Éléments au <u>diagnostic</u> et aux <u>rechutes</u> , <u>avant chaque ligne</u> de traitement, ainsi que <u>les plus récents</u> :			
<b>FSC + différentiel leucocytaire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frottis sanguin</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Créatinine, AST/ALT, bilirubine</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Tous les rapports depuis le diagnostic :</u>			
Rapport BCLQ (vérifier avec BCLQ HMR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biochimie sur LCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Myélogramme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse du LCR en hématologie (ponction lombaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cytométrie en flux (immunologie) sang, LCR et tout autre échantillon</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cytogénétique (caryotype, FISH, micropuce CGH)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Biologie moléculaire (PCR, panel NGS)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pathologie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imagerie (TDM, IRM, TEP) si atteinte extra-médullaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Typage HLA patient et famille, si disponible</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Si en cours, veuillez nous faire parvenir le rapport, dès que disponible.

Les éléments en gras dans cette liste sont obligatoires pour l'évaluation complète du dossier.



## RAPPORTS À JOINDRE À LA DEMANDE DE CONSULTATION EN GREFFE DE CELLULES HÉMATOPOÏÉTIQUES

Nom et prénom de l'utilisateur :			
Nom de la mère :			
N° d'assurance maladie :	Expiration :	Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :	
Adresse (n°, rue) :			
Code postal :	Téléphone :	Ind. rég. :	Résidence :
Ind. rég. :	Travail :	Poste :	Cellulaire :
Courriel :			

### **DIAGNOSTICS** : LYMPHOME (DE HODGKIN OU NON HODGKINIEN) OU LEUCÉMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE

Résultats des rapports :	Disponible	En cours*	Non fait
Éléments au <u>diagnostic</u> et aux <u>rechutes</u> , <u>avant chaque ligne</u> de traitement, ainsi que <u>les plus récents</u> :			
<b>FSC + différentiel leucocytaire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frottis sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LDH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les rapports depuis le diagnostic :			
Myélogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cytométrie en flux (immunologie) sang, LCR et tout autre échantillon</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cytogénétique (FISH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pathologie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Imagerie (TDM, TEP, IRM)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biochimie sur LCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse du LCR en hématologie (ponction lombaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si demande d'allogreffe</i> : Typage HLA patient et famille, si disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Si en cours, veuillez nous faire parvenir le rapport, dès que disponible.

Les éléments en gras dans cette liste sont obligatoires pour l'évaluation complète du dossier.



## RAPPORTS À JOINDRE À LA DEMANDE DE CONSULTATION EN GREFFE DE CELLULES HÉMATOPOÏÉTIQUES

Nom et prénom de l'utilisateur :

Nom de la mère :

N° d'assurance maladie :

Expiration :

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :

Adresse (n°, rue) :

Code postal :

Téléphone

Ind. rég.

Résidence :

Ind. rég.

Travail :

Poste

Ind. rég.

Cellulaire :

Courriel :

### DIAGNOSTICS : MYÉLOME ET AUTRES DYSCRASIES PLASMOCYTAIRES

Résultats des rapports :	Disponible	En cours*	Non fait
Éléments au <u>diagnostic</u> et aux <u>rechutes</u> , <u>avant chaque ligne</u> de traitement, ainsi que <u>les plus récents</u> :			
<b>FSC + différentiel leucocytaire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frottis sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Créatinine, calcium, albumine, bêta-2-microglobuline, LDH</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Tous les rapports depuis le diagnostic :</u>			
Rapport BCLQ (vérifier avec BCLQ HMR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Immunoglobulines (IgA, IgG, IgM), immuno-électrophorèse des protéines et/ou immunofixation et chaînes légères libres (kappa &amp; lambda)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Myélogramme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cytogénétique (FISH)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pathologie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Imagerie (série osseuse, TDM, IRM, TEP)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyses urinaires de 24 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si demande d'allogreffe : Typage HLA patient et famille, si disponible</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Si en cours, veuillez nous faire parvenir le rapport, dès que disponible.

Les éléments en gras dans cette liste sont obligatoires pour l'évaluation complète du dossier.