

Questionnaire - Lymphome Hodgkinien/Lymphome Non-Hodgkinien

Client

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	NPA / Lieu	<input type="text"/>
Sexe	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Numéro de client	<input type="text"/>	No de proposition	<input type="text"/>

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Prrière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité. **Il n'est pas nécessaire de convoquer le patient.**

Taille: cm poids: kg date:

Pression artérielle: mmHg systolique / mmHg diastolique date:

Tabagisme: Non Oui Si oui, quoi? Nombre/jour? E-cigarette: Non Oui

Ancien fumeur: Non Oui depuis quand?

Diagnostic:

Date du diagnostic:

Maladie de Hodgkin:

- Stade IA Stade IB Stade IIA Stade IIB
 Stade IIIA Stade IIIB Stade IV

Lymphome non Hodgkinien:

bas grade / indolent Lymphomes du MALT, maltomes, lymphomes extraganglionnaires de la zone marginale à cellules B

- Stade I Stade II Stade III Stade IV
 Autres lymphomes de bas grade

Haut grade / agressif Lymphomes diffus à grandes cellules B, lymphomes de Burkitt, lymphomes lymphoblastiques à cellules précurseurs B ou T, lymphomes à cellules du manteau, lymphomes histiocytaires véritables, lymphomes à blastes NK, lymphomes de l'adulte à cellules T périphériques (ATL)

- Stade I Stade II Stade III Stade IV

Lymphomes cutanés:

mycosis fungoïdes stade 1A (<10% de peau touchée)
rémission stable depuis:

autres, lequel:

Pseudolymphome (cutané et hyperplasie lymphoïde gastrique)

Lymphome primitif du système nerveux central

Cause:

Traitements:

- chirurgical, lequel: Date:
- radiothérapie de quand: à quand:
- chimiothérapie de quand: à quand:
- transplantation de moelle ou injection de cellules souches sanguines Date:

Date de fin des traitements:

Date de la dernière consultation:

Bilans de surveillance:

Date du dernier contrôle:

- examen radiologique
- scanner, IRM
- endoscopie
- marqueurs tumoraux
- analyses sanguines
- autres examens:

Résultats:

Autres commentaires:

Prrière de nous joindre une copie des examens spéciaux éventuels effectués ainsi que les résultats et les valeurs de référence pour toute fiche de laboratoire.

Médecin

Tél. Fax

eMail

Date

Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à au service médicale de la mobilière.