|  |
| --- |
| **EVOLUTION CLINIQUE ET IMMUNOLOGIQUES DES MALADIES AUTO IMMUNES SOUS IMMUNOTHERAPIE (anti CD38, anti SLAMF7, anti BCMA ou CAR Tcells) INDIQUEES POUR UN MYELOME** |

**Contact en cas de question relative au remplissage de ce formulaire de données :**

* **Inès VIDONI (ines.vidoni@chu-montpellier.fr)**
* **Jacques MOREL (j-morel@chu-montpellier.fr) ou par courrier (Pr Jacques MOREL, Département de Rhumatologie, Hôpital Lapeyronie, 391 Ae du doyen Gaston Giraud 34295 Montpellier Cedex 5).**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU MEDECIN COMPLETANT LE QUESTIONNAIRE** |

**Date de Recueil** : ­│ \_ \_ │ \_ \_ │ \_ \_ │

**Médecin complétant le questionnaire** (Nom, Prénom, Fonction) :

**Site (Service, Hôpital, Ville)** :

**Coordonnées (e-mail/téléphone) :**

|  |
| --- |
| **IDENTIFIANT DU CAS** |

Nom (3 premières lettres) : │ \_ │ \_ │ \_ │ Prénom (2 premières lettres) : │ \_ │ \_ │

Sexe (M/F) : │ \_ │ DDN (jj/mm/aa) : │ \_ \_ │ \_ \_ │ \_ \_ │

|  |
| --- |
| **DONNEES RELATIVES A LA MALADIE AUTO IMMUNE INITIALEMENT DIAGNOSTIQUEE** |

**Date du diagnostic de maladies auto immunes chroniques** (MM/AAAA) : │ \_ \_ │ \_ \_ \_ \_ │

**Type de maladies auto immunes :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **POLYARTHRITE RHUMATOÏDE :** | □ OUI | □ NON |
| - Critères ACR2010 : **VOIR PAGE 3** | □ OUI | □ NON |
| **LUPUS** | □ OUI | □ NON |
| - Critères EULAR 2017 : **VOIR PAGE 4** | □ OUI | □ NON |
| **SYNDROME DE SJOGREN**  | □ OUI | □ NON |
| - Critères EULAR 2016 :**VOIR PAGE 6** | □ OUI | □ NON |
| **SCLERODERMIE SYSTEMIQUE** | □ OUI | □ NON |
| - Critères EULAR 2013 :**VOIR PAGE 10** | □ OUI | □ NON |
| **MYOPATHIES INFLAMMATOIRES****VOIR PAGE 11** | □ OUI | □ NON |

***VEUILLEZ REMPLIR LE TRAITEMENT DE FOND DE LA MALADIE AUTO IMMUNE***

 ***A PARTIR DE LA PAGE 15***

***VEUILLEZ REMPLIR LES RENSEIGNEMENTS SUR LA MALADIE HEMATOLOGIQUE***

***A PARTIR DE LA PAGE 21***

***VEUILLEZ REMPLIR L’IMMUNOTHERAPIE ADMNISTREE AINSI QUE LA TOLERANCE***

***A PARTIR DE LA PAGE 24***

|  |
| --- |
| **POLYARTHRITE RHUMATOIDE** |

**Immunologie (anticorps, et leur titres) au moment du diagnostic de la maladie hématologique :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Facteur rhumatoïde Taux :  |  |  |
| - Anticorps anti CCP  Taux :  |  |  |
| - Autres autoanticorps : - Dosage des Ig G (g/l) |  |  |

**Manifestations cliniques au moment du diagnostic de la maladie hématologique :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre d’articulations gonflées (0-28) : | …………………………........ |  |
| Nombre d’articulations douloureuses (0-28) : | …………………………........ |  |
| VS ou CRP :  | …………………………........ |  |
| Evolution de la maladie (0-100) : | …………………………........ |  |
| EVA patient : | …………………………........ |  |
| EVA médecin :  | …………………………........ |  |
| DAS28 : | …………………………........ |  |
| **Eléments radiographiques :** **Erosions radiographiques :**  | …………………………........□ OUI | □ NON |

**-------------------------------------------------IMMUNOTHERAPIE ----------------------------------------------------------**

**Immunologie (anticorps, et leur titres) après l’immunothérapie :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Facteur rhumatoïde Taux :  |  |  |
| - Anticorps anti CCP  Taux :  |  |  |
| - Autres autoanticorps : - Dosage des Ig G (g/l) |  |  |

**Manifestations cliniques après l’immunothérapie :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre d’articulations gonflées (0-28) : | …………………………....... |  |
| Nombre d’articulations douloureuses (0-28) : | …………………………........ |  |
| VS ou CRP :  | ………………………........ |  |
| Evolution de la maladie (0-100) : | …………………………........ |  |
| EVA patient : | …………………………........ |  |
| EVA médecin :  | …………………………........ |  |
| **Progression radiographique :** **Erosions radiographiques :**  | …………………………........□ OUI | □ NON |

|  |
| --- |
| **LUPUS SYSTEMIQUE** |

**Immunologie (anticorps, et leur titres) au moment du diagnostic de la maladie hématologique :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Anticorps anti ADN natif Taux :  |  |  |
| - Anticorps anti Sm Taux :  |  |  |
| - Anticorps anti RNP Taux :  |  |  |
| - Autres autoanticorps : - Dosage des Ig G (g/l) : |  |  |

**Manifestations cliniques au moment du diagnostic de la maladie hématologique :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Convulsion  | □ OUI | □ NON |
| Psychose  | □ OUI | □ NON |
| Atteinte cérébrale | □ OUI | □ NON |
| Troubles visuels (nodule, hémorragie, exsudat ou névrite optique) | □ OUI | □ NON |
| Nerfs craniens | □ OUI | □ NON |
| Céphalées | □ OUI | □ NON |
| AVC | □ OUI | □ NON |
| Vascularite  | □ OUI | □ NON |
| Arthrite> 2 articulations | □ OUI | □ NON |
| Myosite | □ OUI | □ NON |
| Cylindres urinaires | □ OUI | □ NON |
| Hématurie > 5 GR / champ | □ OUI | □ NON |
| Protéinurie > 0.5 g/24h | □ OUI | □ NON |
| Pyurie> 5 GB / champ | □ OUI | □ NON |
| Alopécie | □ OUI | □ NON |
| Ulcères muqueux | □ OUI | □ NON |
| Pleurésie | □ OUI | □ NON |
| Péricardite | □ OUI | □ NON |
| Diminution du complément | □ OUI | □ NON |
| Anti ADN | □ OUI | □ NON |
| Fièvre | □ OUI | □ NON |
| Thrombopénie< 100 000 plaquettes / mm3 | □ OUI | □ NON |
| Leucopénie< 3000 GB / mm3 | □ OUI | □ NON |

**Immunologie (anticorps, et leur titres) après l’immunothérapie :**

|  |
| --- |
| **EVOLUTION DU LUPUS APRES IMMUNOTHERAPIE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Anticorps anti ADN natif Taux :  |  |  |
| - Anticorps anti Sm Taux :  |  |  |
| - Anticorps anti RNP Taux :  |  |  |
| - Autres autoanticorps : - Dosage des Ig G (g/l) |  |  |

**Manifestations cliniques après l’immunothérapie :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Convulsion  | □ OUI | □ NON |
| Psychose  | □ OUI | □ NON |
| Atteinte cérébrale | □ OUI | □ NON |
| Troubles visuels (nodule, hémorragie, exsudat ou névrite optique) | □ OUI | □ NON |
| Nerfs craniens | □ OUI | □ NON |
| Céphalées | □ OUI | □ NON |
| AVC | □ OUI | □ NON |
| Vascularite  | □ OUI | □ NON |
| Arthrite> 2 articulations | □ OUI | □ NON |
| Myosite | □ OUI | □ NON |
| Cylindres urinaires | □ OUI | □ NON |
| Hématurie > 5 GR / champ | □ OUI | □ NON |
| Protéinurie > 0.5 g/24h | □ OUI | □ NON |
| Pyurie> 5 GB / champ | □ OUI | □ NON |
| Alopécie | □ OUI | □ NON |
| Ulcères muqueux | □ OUI | □ NON |
| Pleurésie | □ OUI | □ NON |
| Péricardite | □ OUI | □ NON |
| Diminution du complément | □ OUI | □ NON |
| Anti ADN | □ OUI | □ NON |
| Fièvre | □ OUI | □ NON |
| Thrombopénie< 100 000 plaquettes / mm3 | □ OUI | □ NON |
| Leucopénie< 3000 GB / mm3 | □ OUI | □ NON |

|  |
| --- |
| **MALADIE DE SJOGREN :**  |

**Immunologie (anticorps, et leur titres) au moment du diagnostic de la maladie hématologique :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anticorps anti SSA Taux :  |  |  |
| Anticorps anti SSB Taux :  |  |  |
| Autres autoanticorps : Dosage des Ig G (g/l)  |  |  |

**Manifestations cliniques au moment du diagnostic de la maladie hématologique :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signes généraux1. Fièvre 37.5-38.5

 Amaigrissement 5-10%1. Fièvre importante > 38.5

 Amaigrissement > 10% | □ OUI□ OUI□ OUI  | □ NON□ NON□ NON  |
| Lymphadénopathies : 1. Adénopathies > 1 cm
2. Adénopathies > 2 cm
3. Prolifération B maligne
 | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |
| Atteinte glandulaire 1. Hypertrophie modérée avec : parotide < 3 cm
2. Hypertrophie majeure avec : parotide > 3 cm
 | □ OUI□ OUI □ OUI  | □ NON□ NON□ NON |
| Atteinte articulaire 1. Arthralgies des mains, poignets, cheville avec dérouillage matinal
2. 1 à 5 synovites / 28
3. > 6 synovites / 28
 | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |
| Atteinte cutanée1. Erythème polymorphe
2. Vascularite clinique limitée
3. Vascularite clinique diffuse
 | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |
| Atteinte pulmonaire 1. Toux persistante ou atteinte bronchique sans anomalie à la radiographie ou atteinte interstitielle confirmée par imagerie
2. Atteinte modérée active
3. Atteinte très active
 | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |
| Atteinte rénale1. Absence d’atteinte rénale active (protéinurie <0.5g/j, pas d’hématurie, pas de leucocyturie, pas d’acidose.)
2. Atteinte rénale spécifique limitée (acidose tubulaire sans insuffisance rénale, ou atteinte glomérulaire avec protéinurie (entre 0.5 et 1 g/d) sans hématurie et sans insuffisance rénale (DFG≥ 60ml/min)
3. Atteinte rénale modérément active (acidose tubulaire avec insuffisance rénale (DFG < 60 ml/min) ou atteinte glomérulaire avec protéinurie (entre 0.5 et 1 g/d) sans hématurie et sans insuffisance rénale (DFG≥ 60ml/min)ou signes histologiques glomérulonéphrite extra membraneuse infiltrat interstitiel important
4. Atteinte rénale très active (atteinte glomérulaire avec protéinurie > 1.5 g/j ou hématurie ou insuffisance rénale (GFR < 60 ml/min) ou signes histologiques de glomérulonéphrite proliférative atteinte liée à une cryoglobulinémie)
 | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |
| Atteinte musculaire :1. Absence d’atteinte musculaire active
2. Myosite active avec preuve EMG ou histologique, sans faiblesse musculaire ou élévation des CPK (N < CPK ≤ 2N)
3. Myosite modérément active avec preuve EMG ou histologique, et faiblesse (déficit maximal : 4/5) ou élévation des CPK (2N < CK ≤ 4N)
4. Myosite très active avec preuve EMG ou histologique, et faiblesse (déficit ≤ 3/5) ou élévation des CPK (>4N)
 | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |
| Atteinte neurologique périphérique :1. Absence d’atteinte neurologique périphérique active
2. Atteinte neurologique périphérique faiblement active
3. Atteinte neurologique périphérique modérément active prouvée par l’ENMG
4. Atteinte neurologique périphérique très active prouvée par l’ENMG
 | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |
| Atteinte neurologique centrale (5):1. Absence d’atteinte neurologique centrale active
2. Atteinte neurologique centrale modérément active
3. Atteinte neurologique centrale très active
 | □ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON |
| Atteinte hématologique :1. Absence de cytopénie auto-immune
2. Cytopénie auto-immune : Neutropénie entre 1000 et 1500/mm3

Anémie (10 < Hg < 12g/dl) Thrombopénie entre 100.000 et 150.000/mm3Lymphopénie entre 500 et 1000/mm3)1. Cytopénie auto-immune : Neutropénie entre 500 et 1000/mm3

Anémie (8 ≤Hg ≤ 10g/dl) Thrompénie (50.000 ≤ Plaquettes ≤ 100.000/mm3) Lymphopénie (≤500/mm3)1. Cytopénie auto-immune : Neutropénie (neutrophiles < 500/mm3)

Anémie (Hémoglobine < 8 g/dl)Thrombocytopénie (Plaquettes < 50.000/mm3) | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |

|  |
| --- |
| **MALADIE DE SJOGREN APRES IMMUNOTHERAPIE :**  |

**Immunologie (anticorps, et leur titres) après l’immunothérapie :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anticorps anti SSA Taux : |  |  |
| Anticorps anti SSB Taux : |  |  |
| Autres autoanticorps : Dosage des Ig G (g/l) : |  |  |

**Manifestations cliniques après l’immunothérapie :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signes généraux1. Fièvre 37.5-38.5

 Amaigrissement 5-10%1. Fièvre importante > 38.5

 Amaigrissement > 10% | □ OUI□ OUI□ OUI  | □ NON□ NON□ NON  |
| Lymphadénopathies : 1. Adénopathies > 1 cm
2. Adénopathies > 2 cm
3. Prolifération B maligne
 | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |
| Atteinte glandulaire 1. Hypertrophie modérée avec : parotide < 3 cm
2. Hypertrophie majeure avec : parotide > 3 cm
 | □ OUI□ OUI □ OUI  | □ NON□ NON□ NON |
| Atteinte articulaire 1. Arthralgies des mains, poignets, cheville avec dérouillage matinal
2. 1 à 5 synovites / 28
3. > 6 synovites / 28
 | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |
| Atteinte cutanée1. Erythème polymorphe
2. Vascularite clinique limitée
3. Vascularite clinique diffuse
 | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |
| Atteinte pulmonaire 1. Toux persistante ou atteinte bronchique sans anomalie à la radiographie ou atteinte interstitielle confirmée par imagerie
2. Atteinte modérée active
3. Atteinte très active
 | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |
| Atteinte rénale1. Absence d’atteinte rénale active (protéinurie <0.5g/j, pas d’hématurie, pas de leucocyturie, pas d’acidose.)
2. Atteinte rénale spécifique limitée (acidose tubulaire sans insuffisance rénale, ou atteinte glomérulaire avec protéinurie (entre 0.5 et 1 g/d) sans hématurie et sans insuffisance rénale (DFG≥ 60ml/min)
3. Atteinte rénale modérément active (acidose tubulaire avec insuffisance rénale (DFG < 60 ml/min) ou atteinte glomérulaire avec protéinurie (entre 0.5 et 1 g/d) sans hématurie et sans insuffisance rénale (DFG≥ 60ml/min)ou signes histologiques glomérulonéphrite extra membraneuse infiltrat interstitiel important
4. Atteinte rénale très active (atteinte glomérulaire avec protéinurie > 1.5 g/j ou hématurie ou insuffisance rénale (GFR < 60 ml/min) ou signes histologiques de glomérulonéphrite proliférative atteinte liée à une cryoglobulinémie)
 | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |
| Atteinte musculaire :1. Absence d’atteinte musculaire active
2. Myosite active avec preuve EMG ou histologique, sans faiblesse musculaire ou élévation des CPK (N < CPK ≤ 2N)
3. Myosite modérément active avec preuve EMG ou histologique, et faiblesse (déficit maximal : 4/5) ou élévation des CPK (2N < CK ≤ 4N)
4. Myosite très active avec preuve EMG ou histologique, et faiblesse (déficit ≤ 3/5) ou élévation des CPK (>4N)
 | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |
| Atteinte neurologique périphérique :1. Absence d’atteinte neurologique périphérique active
2. Atteinte neurologique périphérique faiblement active
3. Atteinte neurologique périphérique modérément active prouvée par l’ENMG
4. Atteinte neurologique périphérique très active prouvée par l’ENMG
 | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |
| Atteinte neurologique centrale (5):1. Absence d’atteinte neurologique centrale active
2. Atteinte neurologique centrale modérément active
3. Atteinte neurologique centrale très active
 | □ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON |
| Atteinte hématologique :1. Absence de cytopénie auto-immune
2. Cytopénie auto-immune : Neutropénie entre 1000 et 1500/mm3

Anémie (10 < Hg < 12g/dl) Thrombopénie entre 100.000 et 150.000/mm3Lymphopénie entre 500 et 1000/mm3)1. Cytopénie auto-immune : Neutropénie entre 500 et 1000/mm3

Anémie (8 ≤Hg ≤ 10g/dl) Thrompénie (50.000 ≤ Plaquettes ≤ 100.000/mm3) Lymphopénie (≤500/mm3)1. Cytopénie auto-immune : Neutropénie (neutrophiles < 500/mm3)

Anémie (Hémoglobine < 8 g/dl)Thrombocytopénie (Plaquettes < 50.000/mm3) | □ OUI□ OUI□ OUI□ OUI | □ NON□ NON□ NON□ NON |

|  |
| --- |
| **SCLERODERMIE :**  |

**Immunologie (anticorps, et leur titres) au moment du diagnostic de la maladie hématologique :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anticorps anti centromèreTaux : |  |  |
| Anticorps anti SL 70Taux :  |  |  |
| Autres autoanticorps : Dosage des Ig G (g/l) : |  |  |

**Manifestations cliniques au moment du diagnostic de la maladie hématologique :**

|  |
| --- |
| Score de Rodnan :  |
| Scanner pulmonaire : (si oui, compte rendu en pièce jointe)Date :  |
| EFR : CVF : DLCO : |
| TDM6 :  |
| **------------------------------------------------ IMMUNOTHERAPIE --------------------------------------------**

|  |
| --- |
| **SCLERODERMIE APRES IMMUNOTHERAPIE :**  |

**Immunologie (anticorps, et leur titres) après l’immunothérapie :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anticorps anti centromèreTaux : |  |  |
| Anticorps anti SL 70Taux :  |  |  |
| Autres autoanticorps : Dosage des Ig G (g/l) : |  |  |

**Manifestations cliniques après l’immunothérapie :**

|  |
| --- |
| Score de Rodnan :  |
| Scanner pulmonaire : (si oui, compte rendu en pièce jointe)Date :  |
| EFR : CVF : DLCO : |
| TDM6 :  |
|  |

**Immunologie (anticorps, et leur titres) au moment du diagnostic de la maladie hématologique :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Créatine Kinase : Taux :  |  |  |
| Titre de l’anticorps anti ARN synthetase : JO1, PL7, PL12, OJ, EJ |  |  |
| Titre de l’anticorps anti SRP :  |  |  |
| Titre de l’anticorps anti PMScl :  |  |  |
| Titre de l’anticorps anti Mi2 :  |  |  |
| Autres autoanticorps : Dosage des Ig G (g/l) : |  |  |

**Manifestations cliniques au moment du diagnostic de la maladie hématologique :**  |

|  |
| --- |
| **MYOPATHIES ANTI INFLAMMATOIRES :**  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **EVALUATION DU COTE DROIT** |
| **8 muscles** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| Fléchisseurs du cou |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Deltoïde |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Biceps brachial |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Grand glutéal (extension hanche) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Moyen glutéal (abduction de hanche) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quadriceps (flexion de hanche |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tibial antérieur  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **EVALUATION DU COTE GAUCHE** |
| **8 muscles** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| Fléchisseurs du cou |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Deltoïde |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Biceps brachial |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Grand glutéal (extension hanche) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Moyen glutéal (abduction de hanche) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quadriceps (flexion de hanche |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tibial antérieur  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

0 : pas de mouvement dans le muscle

1 : dans le plan horizontal – amplitude de mouvement incomplète

2 : dans le plan horizontal – amplitude de mouvement complète

3 : position anti gravité – amplitude de mouvement partielle

4 : Relâchement progressif de la position d’essai

5 : position maintenue sans pression

6 : position d’essai maintenue à une légère pression

7 : position d’essai maintenue contre une pression légère à modérée

8 : position d’essai maintenue contre une pression modérée

9 : position d’essai maintenue contre une pression modérée à forte

10 : position d’essai maintenue contre une pression forte.

**Immunologie (anticorps, et leur titres) au moment du diagnostic de la maladie hématologique :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Créatine Kinase : Taux :  |  |  |
| Titre de l’anticorps anti ARN synthetase : JO1, PL7, PL12, OJ, EJ |  |  |
| Titre de l’anticorps anti PMScl :  |  |  |
| Titre de l’anticorps anti Mi2 :  |  |  |
| Autres autoanticorps : Dosage des Ig G (g/l) : |  |  |

**Manifestations cliniques au moment du diagnostic de la maladie hématologique :**

|  |
| --- |
| **MYOPATHIES ANTI INFLAMMATOIRES APRES IMMUNOTHERAPIE :** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **EVALUATION DU COTE DROIT** |
| **8 muscles** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| Fléchisseurs du cou |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Deltoïde |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Biceps brachial |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Grand glutéal (extension hanche) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Moyen glutéal (abduction de hanche) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quadriceps (flexion de hanche |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tibial antérieur  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **EVALUATION DU COTE GAUCHE** |
| **8 muscles** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| Fléchisseurs du cou |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Deltoïde |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Biceps brachial |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Grand glutéal (extension hanche) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Moyen glutéal (abduction de hanche) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Quadriceps (flexion de hanche |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tibial antérieur  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

0 : pas de mouvement dans le muscle | 1 : dans le plan horizontal – amplitude de mouvement incomplète | 2 : dans le plan horizontal – amplitude de mouvement complète | 3 : position anti gravité – amplitude de mouvement partielle | 4 : Relâchement progressif de la position d’essai | 5 : position maintenue sans pression |6 : position d’essai maintenue à une légère pression | 7 : position d’essai maintenue contre une pression légère à modérée | 8 : position d’essai maintenue contre une pression modérée | 9 : position d’essai maintenue contre une pression modérée à forte | 10 : position d’essai maintenue contre une pression forte.

|  |
| --- |
| **DONNEES RELATIVES AUX TRAITEMENTS DE FOND DE LA MALADIE AUTOIMMUNE AVANT LE TRAITEMENT DE LA MALADIE HEMATOLOGIQUE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Corticothérapie générale** :Nom (DCI, en clair) | □ OUI | □ NON |
| Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **sDMARD :****Méthotrexate** | □ OUI | □ NON |
| Nom (DCI, en clair) :Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Léflunomide** :Nom (DCI, en clair) : | □ OUI | □ NON |
| Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sulfazaline :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hydroxychloroquine :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |
| **Mycophénolate mofetil :** Nom (DCI, en clair) :Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_\_|  | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j  |  |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aziathropine :** Nom (DCI, en clair) :Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_\_|  | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j  |  |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cyclosporine :** Nom (DCI, en clair) :Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_\_|  | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j  |  |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

**bDMARDs :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anti TNFalpha :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Abatacept :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tocilizumab :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rituximab :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |
| **Belimumab :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anifrolumab :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

**tsDMARD :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Inhibiteurs de JAK :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nintedanib :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Autres :*** *Nom (DCI, en clair)**Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │* | *Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │* | *Durée (mois) : \_ \_ \_* |
| *Dose quotidienne :* | *\_ \_ \_ \_ mg/j* |
| *Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) :* |

|  |
| --- |
| **DONNEES RELATIVES AUX TRAITEMENTS DE FOND DE LA MALADIE AUTOIMMUNE APRES LE TRAITEMENT DU MYELOME MULTIPLE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Corticothérapie générale** :Nom (DCI, en clair) | □ OUI | □ NON |
| Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **sDMARD :****Méthotrexate** | □ OUI | □ NON |
| Nom (DCI, en clair) :Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Léflunomide** :Nom (DCI, en clair) : | □ OUI | □ NON |
| Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sulfazaline :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hydroxychloroquine :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |
| **Mycophénolate mofetil :** Nom (DCI, en clair) :Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aziathropine :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cyclosporine  :** Nom (DCI, en clair) :Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_\_|  | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j  |  |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |
| **bDMARD :** **Anti TNFalpha :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |
| **Tocilizumab :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Abatacept :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rituximab :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Belimumab :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anifrolumab :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

**tsDMARD :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Inhibiteurs de JAK :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nintedanib :** Nom (DCI, en clair)Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Autres :*** *Nom (DCI, en clair)**Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │* | *Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │* | *Durée (mois) : \_ \_ \_* |
| *Dose quotidienne :* | *\_ \_ \_ \_ mg/j* |
| *Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) :* |

|  |
| --- |
| **DONNEES RELATIVES AU DIAGNOSTIC DE LA MALADIE HEMATOLOGIQUE** |

**Date du diagnostic de la maladie hématologique (MM/AAAA) : │ \_ \_ │ \_ \_ \_ \_ │**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MGUS :**  | **□ OUI** | **□ NON** |
| **MYELOME INDOLENT :**  | **□ OUI** | **□ NON** |
| Pic monoclonale sanguine (IgG ou IgA) ≥ 30 g/L  | □ OUI | □ NON |
| Protéine monoclonale urinaire ≥ 500 mg / 24 heures  | □ OUI | □ NON |
| Plasmocytose médullaire comprise entre 10 et 60% | □ OUI | □ NON |
| **MYELOME :**  | **□ OUI** | **□ NON** |
| HypercalcémieTaux :  | □ OUI……….. | □ NON |
| Insuffisance rénale Créatinine ou DFG :  | □ OUI……….. | □ NON |
| Anémie Taux :  | □ OUI……….. | □ NON |
| Lésions osseuses Localisation :  | □ OUI……….. | □ NON |
| **ANOMALIES RADIOGRAPHIQUES** | **□ OUI** | **□ NON** |
| **ELECTROPHORESE DES PROTEINES**  |  |  |
| IgGTaux : | □ OUI……….. | □ NON |
| IgA Taux : | □ OUI……….. | □ NON |
| IgMTaux :  | □ OUI……….. | □ NON |
| Chaine légère Taux : | □ OUI……….. | □ NON |
| **MYELOGRAMME** | □ OUI | □ NON |
| Taux de plasmocytes :  | ……….. |  |
| PCLI :  | ……….. |  |
| **HEMOPATHIES LYMPHOIDES** |  |  |
|  Signes générauxFièvre AEGAsthénie Perte de poidsSueurs nocturnes | □ OUI………..………..………..………..……….. | □ NON |
| Autres signes :  | ………………….. |  |
| Stade Ann Arbor :  | ……….. |  |
| PET scanner (CR à remettre en pièce jointe) |  |  |
| Biopsie ganglionnaire  |  |  |

**TRAITEMENTS UTILISES AVANT L’IMMUNOTHERAPIE :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Radiothérapie :** Localisation  | □ OUI……….. | □ NON |
| **Chimiothérapie :**Protocole à noter page 24 | □ OUI……….. | □ NON |

|  |
| --- |
| **DONNEES RELATIVES DE LA MALADIE HEMATOLOGIQUE APRES L’IMMUNOTHERAPIE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MYELOME :**  | **□ OUI** | **□ NON** |
| HypercalcémieTaux :  | □ OUI………… | □ NON |
| Insuffisance rénale Créatinine ou DFG :  | □ OUI………… | □ NON |
| Anémie Taux : | □ OUI………… | □ NON |
| Nouvelles lésions osseuses Localisation :  | □ OUI | □ NON |
| **ELECTROPHORESE DES PROTEINES**  |  |  |
| IgGTaux : | □ OUI………… | □ NON |
| IgATaux :  | □ OUI…………. | □ NON |
| IgMTaux :  | □ OUI…………. | □ NON |
| Chaine légère Taux :  | □ OUI | □ NON |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HEMOPATHIES LYMPHOIDES** |  |  |
| Signes générauxFièvre AEGAsthénie Perte de poidsSueurs nocturnes | □ OUI………..………..………..………..……….. | □ NON |
| Autres signes :  | ………... |  |
| Stade Ann Arbor :  | ……….. |  |
| PET scanner (CR en pièce jointe si nouvel examen) |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DONNEES RELATIVES AU TRAITEMENT PAR IMMUNOTHERAPIE DE LA MALADIE HEMATOLOGIQUE :** |

**Modalités thérapeutiques de la maladie hématologique :**

|  |
| --- |
| **Nom du protocole :** **Nombre de cycles prévues :****Eligibles à l’auto greffe :** **Anticorps anti CD38 :** * Daratumab :
* Isatuximab :
* Autres :
 |
| Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
|  |
| **Lenalidomide** : | □ OUI | □ NON |
| Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Carfilzomib*** *:* | *□ OUI* | □ NON |
| *Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │* | *Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │* | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| *Dose quotidienne :* | *\_ \_ \_ \_ mg/j* |
| *Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) :* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dexamethasone** : | □ OUI | □ NON |
| Début │\_ \_ │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin │\_ \_ │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (jours) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ g/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anticorps anti SLAMF7**: | □ OUI | □ NON |
| Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anticorps anti BCMA**: | □ OUI | □ NON |
| Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CAR T cells**: | □ OUI | □ NON |
| Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anti CD20 :*** Obinutuzumab :
* Autres :
 | □ OUI | □ NON |
| Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |
| --- |
| **Anti CD19 :*** Tafasitamab :
* Autres  :
 |
| Début (MM/AA) : │\_ \_ | \_ \_ \_ \_ │ | Fin : │ \_ \_ |\_ \_ \_ \_ │ | Durée (mois) : \_ \_ \_ |
| Dose quotidienne : | \_ \_ \_ \_ mg/j |
| Si arrêté, raison (guérison, EI, échec primaire, échec secondaire) : |

|  |
| --- |
| **TOLERANCE DE L’IMMUNOTHERAPIE / EFFETS INDESIRABLES** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AUCUN :** | □ OUI | □ NON |
| **SIGNES GENERAUX (fièvre, fatigue)**  | □ OUI | □ NON |
| Si oui préciser : |  |  |
| **SIGNES PULMONAIRES :**  | □ OUI | □ NON |
| Toux : | □ OUI | □ NON |
| Douleur thoracique :  |  |  |
| **INFECTIONS :** |  |  |
| Infections broncho-pulmonaires : | □ OUI | □ NON |
| Infections parties molles : | □ OUI | □ NON |
| Réactivation de tuberculose :  | □ OUI | □ NON |
| Réactivation VHB : | □ OUI | □ NON |
| Réactivation VHC : | □ OUI | □ NON |
| Zona : | □ OUI | □ NON |
| Autres (précisez) : \_ \_ \_  |  |  |
| **ANOMALIES URINAIRES (créatinine)** |  |  |
| Changement de couleur de l’urine : | □ OUI | □ NON |
| Augmentation de la créatinine :Taux :  | □ OUI | □ NON |
| **NEOPLASIE** : | □ OUI | □ NON |
| Si oui précisez : \_ \_ \_  |  |  |
| **TROUBLES DU TRANSIT**  | □ OUI | □ NON |
| Si oui précisez : \_ \_ \_ |  |  |
| **CYTOLYSE HEPATIQUE** | □ OUI | □ NON |
| Si oui précisez :  |  |
| **SIGNES NEUROLOGIQUES**  | □ OUI | □ NON |
| Si oui préciser**:**  | □ OUI | □ NON |
| **REACTIONS CUTANEES :**  | □ OUI | □ NON |
| Si oui précisez :  |
| **Syndrome de relargage cytokine :**  | □ OUI | □ NON |
| **AUTRE** |  |  |

**TRAITEMENT DE L’EFFET INDESIRABLE : \_ \_ \_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Antibiothérapie** : | □ OUI | □ NON |
| Préciser : \_ \_ \_  |  |  |
| Durée : \_ \_ \_ |  |  |
| **Autres :**  | □ OUI | □ NON |
| Préciser : \_ \_ \_ |  |  |
| Durée : \_ \_ \_  |  |  |