

# QUESTIONNAIRE MALADIE DE HODGKIN

*A remplir par le médecin traitant*

Nom du patient : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

*Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.*

## DIAGNOSTIC

.....  
 .....

Localisation : .....

Date de découverte ...../...../..... Date de la dernière consultation ...../...../.....

	NON	OUI	COMMENTAIRES	DATES
<b>Classification connue :</b> Établie par scanner	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	Quel stade ? <input type="checkbox"/> I A <input type="checkbox"/> I B <input type="checkbox"/> II A <input type="checkbox"/> II B <input type="checkbox"/> III A <input type="checkbox"/> III B <input type="checkbox"/> IV  Quel type histopathologique ? <input type="checkbox"/> 1 (lymphocytaire) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
<b>Traitement :</b> ♦ chirurgie*  ♦ radiothérapie  ♦ chimiothérapie  ♦ greffe de moëlle ♦ autre	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	Laquelle ? ..... ..... Résultat : .....  Localisation : ..... <input type="checkbox"/> Interrompue <span style="float: right;">Depuis le : ...../...../.....</span>  Protocole : ..... <input type="checkbox"/> Interrompue <span style="float: right;">Depuis le : ...../...../.....</span> <input type="checkbox"/> Réinduction nécessaires <span style="float: right;">Depuis le : ...../...../.....</span>  Résultat : ..... Lequel ? ..... <input type="checkbox"/> Interrompu <span style="float: right;">Depuis le : ...../...../.....</span>	

	NON	OUI	COMMENTAIRES	DATES
<b>Evolution :</b> ♦ rémission complète ♦ récurrence (s) ♦ séquelles (y compris thérapeutiques)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis le : ...../...../..... Nombre : ..... Constatée (e) le : ...../...../..... Lesquelles ? ..... .....	
<b>Bilan de surveillance :</b> ♦ scanner ♦ radiographie du thorax ♦ numération des lymphocytes ♦ numération des thrombocytes (splénectomie) ♦ autres examens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dernier contrôle le : ...../...../..... <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal * <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal * Nombre : ..... Nombre : ..... Lesquels ?      Résultats * ..... ..... .....	
<b>Arrêt de travail :</b> ♦ Reprise du travail	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Durée : ..... <input type="checkbox"/> A temps partiel <input type="checkbox"/> A temps complet	Depuis le : ...../...../..... Depuis le : ...../...../.....

Taille : ..... Poids : .....  
 Tension artérielle : ...../..... Date : ..... Traitée

\* **IMPORTANT :** la communication des comptes rendus histologiques, des scintigraphies, du protocole de tout examen anormal ainsi que des tracés électrocardiographiques les plus récents est indispensable.

DATE

SIGNATURE