



## VERIFICATION DES CRITERES D'INCLUSION

### COHORTE PROSPECTIVE NATIONALE DE SUIVI DES ENFANTS ATTEINTS D'AHAI

N° Centre [ ][ ]    N° Patient [ ][ ][ ][ ]    Code lettres Patient [ ][ ][ ][ ]

Médecin référent : .....

Date d'obtention du Consentement [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ]

	Oui	Non
- AGE INFERIEUR A 18 ANS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DATE DIAGNOSTIC D'AHAI    [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ]		
- Hb < 11 g/dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ET test de Coombs positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ET l'un des 3 critères suivants		
- Réticulocytes > 120 000 / mm <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haptoglobine < 10 mg/dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bilirubine totale > 10 mg/l ou 17 µmol/l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Plaquettes > 100 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Exclusion d'une maladie hémolytique constitutionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ENFANT RESIDANT EN METROPOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ENFANT AFFILIE A LA SS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- CONSENTEMENT SIGNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- CONTEXTE SOUS JACENT.....		



## VERIFICATION DES CRITERES D'INCLUSION

### COHORTE PROSPECTIVE NATIONALE DE SUIVI DES ENFANTS ATTEINTS DE SYNDROME D'EVANS

N° Centre [ ][ ]    N° Patient [ ][ ][ ][ ]    Code lettres Patient [ ][ ][ ][ ][ ]

Médecin référent : .....

Date d'obtention du Consentement [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ]

- |                                                                | Oui                      | Non                      |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - AGE INFÉRIEUR A 18 ANS                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - DIAGNOSTIC DU SYNDROME D'EVANS [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] |                          |                          |
| - DATE DIAGNOSTIC D'AHAI [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ]         |                          |                          |
| - Hb < 11 g/dl                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ET test de Coombs positif                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ET l'un des 3 critères suivants                              |                          |                          |
| - Réticulocytes > 120 000 / mm <sup>3</sup>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haptoglobine < 10 mg/dl                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Bilirubine totale > 10 mg/l ou 17 µmol/l                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Exclusion d'une maladie hémolytique constitutionnelle        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - DATE DIAGNOSTIC DU PTI [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ]         |                          |                          |
| - Plaquettes < 100 000 à 2 reprises                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Exclusion d'une cause centrale ou périphérique               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Exclusion d'une maladie plaquettaire constitutionnelle       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ENFANT RESIDANT EN METROPOLE                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - CONSENTEMENT SIGNE                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ENFANT AFFILIE A LA SS                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - CONTEXTE SOUS JACENT.....                                    |                          |                          |



## VERIFICATION DES CRITERES D'INCLUSION

### COHORTE PROSPECTIVE NATIONALE DE SUIVI DES ENFANTS ATTEINTS DE PTI CHRONIQUE

N° Centre [ ][ ]    N° Patient [ ][ ][ ][ ]    Code lettres Patient [ ][ ][ ][ ]

Médecin référent : .....

Date d'obtention du Consentement [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ]

- |                                                          | Oui                           | Non                      |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| - AGE INFERIEUR A 18 ANS                                 | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| - DATE DIAGNOSTIC INITIAL DU PTI                         | [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] [ ][ ][ ] |                          |
| - Plaquettes < 100 000 à 2 reprises                      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| - Exclusion d'une cause centrale ou périphérique         | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| - Exclusion d'une maladie plaquettaire constitutionnelle | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| - PTI EVOLUANT DEPUIS PLUS DE 6 MOIS                     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| - ENFANT RESIDANT EN METROPOLE                           | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| - CONSENTEMENT SIGNE                                     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| - ENFANT AFFILIE A LA SS                                 | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| - CONTEXTE SOUS JACENT.....                              |                               |                          |