



DT9375

**LYMPHOME HODGKIN**  
Version 3.1.0.0

Date de naissance	N° chambre	N° de dossier	
Nom			
Prénom			
N° d'assurance maladie			
Adresse			
Code postal	Ind. rég.	Téléphone	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

N° de rapport	
---------------	--

Type d'intervention : Biopsie, résection
--

Les éléments de données précédés de ce symbole « + » ne sont pas obligatoires. Toutefois, ils peuvent être cliniquement importants quoique non encore validés ou utilisés régulièrement dans la prise en charge des usagers.

Sélectionner un seul élément, sauf indication contraire.

<b>Type de spécimen (sélectionner tous les éléments applicables) (note A)</b>
<input type="checkbox"/> Ganglion(s) lymphatique(s) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisée
<b>Procédure</b>
<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Résection <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisée
<b>Site de la tumeur (sélectionner tous les éléments applicables) (note B)</b>
<input type="checkbox"/> Ganglion(s) lymphatique(s), site non précisé <input type="checkbox"/> Ganglion(s) lymphatique(s), Préciser le(s) site(s) : _____ <input type="checkbox"/> Autre(s) tissu(s) ou organe(s) (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisée
<b>Type histologique (basé sur la classification de l'OMS de 2008) (note C)</b>
<input type="checkbox"/> Lymphome de Hodgkin, le sous type histologique ne peut être déterminé <input type="checkbox"/> Lymphome de Hodgkin classique, le sous type histologique ne peut être déterminé <input type="checkbox"/> Lymphome de Hodgkin à prédominance lymphocytaire nodulaire <input type="checkbox"/> Lymphome de Hodgkin classique nodulaire sclérosant <input type="checkbox"/> Lymphome de Hodgkin classique à cellularité mixte <input type="checkbox"/> Lymphome de Hodgkin classique riche en lymphocytes <input type="checkbox"/> Lymphome de Hodgkin classique à déplétion lymphocytaire
<b>+ Extension pathologique de la tumeur (sélectionner tous les éléments applicables) (note D)</b>
+ <input type="checkbox"/> Atteinte de la moelle osseuse + <input type="checkbox"/> Autre site atteint + <input type="checkbox"/> Préciser le/les site(s) : _____
<b>+ Autres constatations pathologiques</b>
+ <input type="checkbox"/> Préciser : _____

