



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.

Type de spécimen (sélectionner tous les éléments applicables) (note A)
<input type="checkbox"/> Ganglion(s) lymphatique(s) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisée
Procédure
<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Résection <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non précisée
Site de la tumeur (sélectionner tous les éléments applicables) (note 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
Type histologique (basé sur la classification de l'OMS de 2008) (note C)
<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
+ Extension pathologique de la tumeur (sélectionner tous les éléments applicables) (note D)
+ <input type="checkbox"/> Atteinte de la moelle osseuse + <input type="checkbox"/> Autre site atteint + <input type="checkbox"/> Préciser le/les site(s) : _____
+ Autres constatations pathologiques
+ <input type="checkbox"/> Préciser : _____

