

HYPERCALCEMIE FAMILIALE BENIGNE (HFB)

Fiche de renseignement à joindre à tout prélèvement sanguin pour étude génétique

NOM :

PRENOM :

Sexe : F M

Date de naissance :

Pays de Naissance :

Ethnie : Caucase Afrique Asie

Consanguinité : Oui Non

Autres membres de la famille ayant une hypercalcémie :

Age de découverte de l'hypercalcémie :

Circonstances découverte :

Pathologies associées

Auto-immunes Lithiase calcique Chondrocalcinose ATCDs de chirurgie cervicale

Autres :

PHENOTYPE

Date de l'examen :

Poids: kg

Plasma:

Ca total * :	Ca ionisé :	pH :
Phosphate :	Magnésium sérique :	Créatinine * :
PTH * :	25 (OH) D * :	1,25 (OH) 2D :
TSH :		

Urine des 24 heures (régime libre) :

Diurèse :	
Calciurie * :	mmol/24h
Phosphaturie :	mmol/24h
Natriurèse :	mmol/24h
Créatinine * :	mmol/24h
Magnésurie :	mmol/24h.

Urine à jeun (2^e miction du matin) :

Calciurie * :	mmol/L
Créatinine * :	mmol/L ;
Calcium/Créatinine * :	mmol/mmol

Traitement (au moment des prélèvements biologiques) :

- | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diurétiques | <input type="checkbox"/> Biphosphonates | <input type="checkbox"/> AINS |
| <input type="checkbox"/> Lithium | <input type="checkbox"/> Corticoïdes | <input type="checkbox"/> Calcitonine |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | |

Commentaires :

** Paramètres biologiques nécessaires avant tout examen moléculaire (mettre les unités et les normes de votre laboratoire pour ces valeurs)*

Médecin prescripteur (doit être un médecin titulaire) :

Adresse :

Téléphone :

E-mail (obligatoire) : _____ @ _____

Consentement signé : Oui

Bon de commande : Oui

Date :

- Prélèvement de 10 ml (sauf nourrisson 1 à 3 ml) sur EDTA.
- Pour tout renseignement complémentaire, merci de joindre exclusivement par email :
Dr Rosa Vargas-Poussou : rosa.vargas@egp.aphp.fr