

NEPHROPATHIES TUBULOINTERSTITIELLES CHRONIQUES
Fiche de renseignement à joindre à tout prélèvement sanguin pour étude génétique
(*UMOD, REN, TCF2/HNF1B*)

NOM:

PRENOM :

Sexe : F M

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Parents consanguins : Oui

Non

Pays d'origine du père :

Pays d'origine de la mère :

Dépistage familial : Oui

Non

Taille : cm Poids : kg

Mode de découverte :

Année :

Polyurie Insuffisance rénale chronique HTA Hyperuricémie
 Goutte Dépistage familial Kystes Autre

HTA : Oui Non

Date du diagnostic de l'HTA :

PA lors de sa découverte : / mmHg

Traitement antihypertenseur : Oui Non

Nombre d'antihypertenseurs : 1 2 3 4

Goutte : Oui Non

Âge de la première crise :

Traitement par allopurinol : Oui Non Date de début :

Hyperuricémie documentée à fonction rénale normale : Oui Non Inconnu

Uricémie et fonction rénale :

Date 1 (la première disponible) :

Créatininémie 1 : $\mu\text{mol/L}$ mg/L
Uricémie 1 : $\mu\text{mol/L}$ mg/L
Créatininurie 1 : mmol/L g/L
Uricurie 1 : mmol/L mg/L

Date 2 (la dernière disponible) :

Créatininémie 2 : $\mu\text{mol/L}$ mg/L
Uricémie 2 : $\mu\text{mol/L}$ mg/L
Créatininurie 2 : mmol/L g/L
Uricurie 2 : mmol/L mg/L

Protéinurie : g/L g/j

Dialyse : Oui Non
 Hémodialyse Dialyse péritonéale
Date de début :

Transplantation rénale : Oui Non
Date :

Imagerie rénale :

Echographie :

Rein Droit

Taille : mm
Kystes : Oui Non
Nombre :
Taille min : mm Taille max : mm
Siège : Cortical Médullaire

Date :

Rein Gauche

Taille : mm
Kystes : Oui Non
Nombre :
Taille min : mm Taille max : mm
Siège : Cortical Médullaire

Scanner ou IRM :

Rein Droit

Taille : mm
Kystes : Oui Non
Nombre :
Taille min : mm Taille max : mm
Siège : Cortical Médullaire

Date :

Rein Gauche

Taille : mm
Kystes : Oui Non
Nombre :
Taille min : mm Taille max : mm
Siège : Cortical Médullaire

PBR : Oui Non

Inflammation : Oui Non Inconnu
Fibrose : Oui Non Inconnu
Diagnostic : NTIC : Oui Non Inconnu

Date : Hôpital : Ville :

Décès : Oui Non

Cause du décès : Inconnu
Âge du décès :

Co-morbidités associées :

Diabète Malformation uro-génitale
 Anomalies du bilan hépatique. Si oui, préciser :

 Hypomagnésémie
 Autres :

Famille : Faire un arbre généalogique sur une feuille à part en précisant en particulier les antécédents de goutte précoce (< 40ans) et/ou hyperuricémie, kystes rénaux, et âge à l'insuffisance rénale terminale.

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 Laurence Heidet : laurence.heidet@nck.aphp.fr