

 <p>HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS OUEST</p> <p>Centre de Coûtis Hôpital Georges-Perpétuel Neauphlet - Suresnes/Paris</p>	Questionnaire pour orientation du test génétique		DIABETE INSIPIDE NEPHROGENIQUE	
	Référence : GENE/FO/033			
	Date d'application : 05/12/2014		Service émetteur : GENETIQUE	

Médecin Référent

Service..... **Hôpital**.....

Nom de naissance..... **Nom d'usage** **Prénom**.....

Date de Naissance..... **Sexe**.....

Pays de Naissance/Origine ethnique.....

Consanguinité : Oui **Non**

Autres membres de la famille avec la même pathologie (joindre un arbre généalogique).....

.....

Age de découverte du DIN.....

Circonstances de découverte.....

.....

Phénotype au moment du diagnostic :

Na plasmatique : Protidémie.....

Osmolalité sanguine..... mOsm/kg.

Osmolalité urinaire..... mOsm/kg.

Diurèse de 24 heures.....

Osmo U. maximale..... mOsm/kg Après restriction hydrique Après dDAVP

Concentration d'AVP contemporaine d'une hypernatrémie..... (Normes :)

Etude de facteurs de coagulation après dDAVP **Oui** **Non**

Résultats.....

.....

Traitement.....

.....

Faits marquants pendant l'évolution.....

.....

Retard de Croissance : Oui Non ; Actuellement: Poids à.....DS. Taille à.....DS

Retard mental : Oui Non

Urétérohydronephrose : Oui Non

Commentaires.....

.....

.....

.....