|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du Médecin Prescripteur : **Adresse du Médecin Prescripteur :**  **Date de la prescription :** |  | **Nom du Patient** : ………………………………………………………………... Nom de jeune fille : ……………………………………………………..............  **Prénom** : ………………………………………………………………………….  **Sexe** :  Masculin  Féminin  **Date de naissance** : |\_\_\_.\_\_\_| |\_\_\_.\_\_\_| |\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_|  **Statut** :  Cas index  Apparenté d’une famille porteuse d’une mutation identifiée  Nom de famille du cas-index : ………………………………..  Gène muté : ……………………… Mutation identifiée : ………………………  **1er prélèvement**  **prélèvement de confirmation** |

**Age du sujet à la première localisation** :

**Site anatomique de la première localisation** :

**TYPE DE LA (OU DES) TUMEUR(S) ENDOCRINE(S)**

**PARAGANGLIOME (PGL) et/ou PHÉOCHROMOCYTOME (PHEO)** Année du diagnostic :

PGL **unique**  PGL **multiple**  Tête et Cou  Thoraco-Abdomino-Pelvien

PHEO unilatéral  PHEO **bilatéral**

**Métastases/Malin** :  Oui  Non

**Sécrétion**   Oui  Non

Métanéphrines  Normétanéphrines  Dopamine

**CANCER MEDULLAIRE DE LA THYROÏDE** (prouvé histologiquement) Année du diagnostic :

Elévation de la calcitonine de base  Oui  Non  Ne sais pas

**HYPERPARATHYROÏDIE** Année du diagnostic :

Adénome(s) parathyroïdien(s)  Hyperplasie des parathyroïdes  Cancer parathyroïdien

⮡ unique  ⮡ multiple

Calcémie  < 3,3 mM  ≥3,3 mM

Elévation de la PTH  30-100pg/ml  >100pg/ml  Ne sais pas

**TUMEUR ENDOCRINE DUODÉNO-PANCRÉATIQUE** Année du diagnostic :

Unique  Multiple

Insulinome  Gastrinome  Glucagonome  VIPome  Non fonctionnelle

Autre, préciser :

**TUMEUR HYPOPHYSAIRE** Année du diagnostic :

Macroadénome.. Microadénome

Prolactine  GH Autre, préciser

**AUTRE TUMEUR ENDOCRINE** Année du diagnostic : préciser :…………………………………………………………………………………………………………………………

**Autres lésions évoquant une NEM 2, une NEM1, une NF1, un VHL** Oui  Non

Si oui, préciser

**Antécédents familiaux évocateurs d’une forme héréditaire**  Oui  Non

Si oui, préciser :