



Questionnaire pour orientation du test génétique

PARAGANGLIOME/PHÉOCHROMOCYTOME

Référence : GENE/FO/016

Date d'application : 04/12/2014

Service émetteur : GENETIQUE

Nombre de pages : 1

Cachet du Médecin Prescripteur Date :

Nom d'usage du patient : Nom de naissance :

Prénom : Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :

Statut : Cas index Apparenté - Nom de famille du cas-index : 1er prélèvement Prélèvement de confirmation Gène muté : Mutation identifiée :

Age du sujet à la première localisation :

Localisation du PGL

- Glomus carotidien Gauche / Droit Tympanique Gauche / Droit Surrénale Gauche / Droite Jugulaire Gauche / Droit Complexe Gauche / Droit Cardiaque / Péricardiaque Vagal Gauche / Droit Aortico-pulmonaire Périrénal Gauche / Droit Organe de Zuckerkandl Péri-aortique /cave Parenchyme pulmonaire Vessie Autre : Préciser :

S'agit-il de la première localisation ? Oui Non

Nombre de PHEO/PGL :

Y-a-t-il des métastases ? Oui Non Si oui, Os Poumon Foie Ganglions Autres, préciser :

Phénotype biologique

Paragangliome non sécrétant Oui Non Paragangliome sécrétant ou PHEO Oui Non Si oui, Métanéphrines >N Normétanéphrines >N 3-Methoxytyramine > N Elévation de la chromogranine Oui Non Ne sait pas

Etudes immunohistochimiques de la pièce tumorale

SDHB : Positive Négative SDHA : Positive Négative MAX : Positive Négative

Elévation de la calcitonine Oui Non Ne sait pas Autres lésions évoquant une NEM II, une NF1, un VHL Oui Non Si oui, Préciser :

Antécédents familiaux Oui Non

Si oui, Préciser :