

Diagnostic Génétique des Tumeurs Endocrines - Fiche de renseignements cliniques-
Réseau INCa des laboratoires d'oncogénétique constitutionnelle des tumeurs endocrines

Nom du Médecin Prescripteur : Adresse du Médecin Prescripteur : Date de la prescription :	Nom du Patient : Nom de jeune fille : Prénom : Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin Date de naissance : ___. ___. ___. ___. ___. ___. ___. Statut : <input type="checkbox"/> Cas index <input type="checkbox"/> Apparenté d'une famille porteuse d'une mutation identifiée Nom de famille du cas-index : Gène muté : Mutation identifiée : <input type="checkbox"/> 1^{er} prélèvement <input type="checkbox"/> 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) Indiquer l'année du diagnostic

<input type="checkbox"/> PARAGANGLIOME (PGL) et/ou PHÉOCHROMOCYTOME (PHEO)	AGE
<input type="checkbox"/> PGL ou PHEO unique <input type="checkbox"/> PGL multiple <input type="checkbox"/> Surrénale <input type="checkbox"/> Tête et Cou ↳ nombre : ↳ nombre :	<input type="checkbox"/> PHEO bilatéral <input type="checkbox"/> Thoraco-Abdomino-Pelvien (extra-surrénal) ↳ nombre :
Y-a-t-il des métastases :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PGL non sécrétant :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PGL sécrétant ou PHEO :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Métanéphrines totales >2 fois la normale :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas

<input type="checkbox"/> CANCER MEDULLAIRE DE LA THYROÏDE (prouvé histologiquement)	AGE
Elévation de la calcitonine de base :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas

<input type="checkbox"/> HYPERPARATHYROIDIE	AGE
<input type="checkbox"/> Adénome(s) parathyroïdien(s) <input type="checkbox"/> Hyperplasie des parathyroïdes ↳ unique <input type="checkbox"/> ↳ multiple <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer parathyroïdien	
Calcémie :	<input type="checkbox"/> < 3,3 mM <input type="checkbox"/> ≥3,3 mM
Elévation de la PTH :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas

<input type="checkbox"/> TUMEUR ENDOCRINE DUODÉNO-PANCRÉATIQUE	AGE
<input type="checkbox"/> Unique <input type="checkbox"/> Multiple <input type="checkbox"/> Insulinome <input type="checkbox"/> Gastrinome <input type="checkbox"/> Glucagonome <input type="checkbox"/> VIPome <input type="checkbox"/> Non fonctionnelle <input type="checkbox"/> Autre, préciser :	

<input type="checkbox"/> TUMEUR HYPOPHYSAIRE	AGE
<input type="checkbox"/> Macroadénome <input type="checkbox"/> Microadénome <input type="checkbox"/> Prolactine <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> Autre, préciser	

<input type="checkbox"/> AUTRE TUMEUR ENDOCRINE	
préciser :	

Autres lésions évoquant une NEM II, une NEM1, une NF1, un VHL	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, préciser :		

Antécédents familiaux évocateurs d'une forme héréditaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, préciser :		

Merci de joindre l'arbre généalogique et le consentement signé par le patient et le médecin prescripteur