|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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** |

**TUMEURS RENALES**

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

Cancer à cellules claires  Cancer papillaire type 1  Cancer papillaire type 2

Cancer chromophobe  Oncocytome  Tumeur mixte, préciser :

**AUTRES LESIONS ASSOCIEES**

**PARAGANGLIOME (PGL) et/ou PHÉOCHROMOCYTOME (PHEO)** **Age au diagnostic :**

PHEO **unique**  PGL **thoraco-abdomino-pelvien (extra-surrénal)**  PGL **tête et cou**

PHEO **bilatéral** ⮡  unique  multiple ⮡  unique  multiple

**TUMEUR ENDOCRINE DUODÉNO-PANCRÉATIQUE Age au diagnostic :**

Unique  Multiple

Insulinome  Gastrinome  Glucagonome  VIPome  Non fonctionnelle

Autre, préciser :

**HEMANGIOBLASTOME** **Age au diagnostic** :

Cérébral  Unique  Multiple

Médullaire  Unique  Multiple

Rétinien  Unique  Multiple

**KYSTE(S) RENA(UX)L**  **KYSTE(S) DU PANCREAS**

⮡ unique  ⮡ multiple  ⮡ unique  ⮡ multiple

**TUMEUR DU SAC ENDOLYMPHATIQUE**  Oui  Non  Ne sais pas

**ATTEINTE PULMONAIRE**

Kystes pulmonaires  Pneumothorax **nombre d’épisodes :**

⮡ unique  ⮡ multiple

**ATTEINTE CUTANEES (prouvées histologiquement)**

Fibrofolliculomes  Léiomyome

Trichodiscomes  Autre, préciser :

**LEIOMYOME(S) UTERIN(S)** unique  ⮡ multiple

**Autres lésions évoquant un VHL, un BHD ou une léiomyomatose** Oui  Non

**Si oui, préciser**

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

Si oui, préciser :