|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 identifiéeNom 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 :