Diagnostic Génétique des Hyper/Hypocalcémies - Fiche de renseignements cliniques-

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**

Histoire de la pathologie

*****Maladie(s) suspectée(s) :
*****Age de découverte de la pathologie :
Circonstances de découverte :

*****Antécédents familiaux évocateurs et arbre généalogique :

Pathologies associées (incluant les antécédents chirurigicaux/anatomopathologiques éventuels) :

Données clinico-biologiques

Date de l'examen :

☐ **Plasma** :

*****Ca total : Ca ionisé :
*****Phosphate : Magnésium sérique :
*****Créatinine : *****PTH :
*****25(OH)D : 1,25(OH)2D :

☐ **Urine des 24 heures (régime libre)**

*****Diurèse : Phosphaturie : *Calciurie :
Natriurèse : Magnèsurie :
Créatinine :

☐ **Urine à jeun (2eme miction du matin)**

Calciurie : Créatinine :
Calcium/créatinine :

☐ **Traitements**

☐ Diurétiques ☐ Corticoïdes ☐ AINS ☐ Lithium ☐ Biphosphonates
☐ Calcitonine ☐ Vitamine D ☐ Calcium ☐ Calcimimétiques ☐ Autre, préciser

☐ **Imagerie**

*** : Renseignements obligatoires**. Rappel : l'arrêté du 27 mai 2013 oblige le laboratoire à attendre l'attestation d'information du patient et le consentement signé avant la mise en œuvre des analyses.

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