

**Diagnostic Génétique des Tumeurs Endocrines - Fiche de renseignements cliniques-V2014**  
*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 :**  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 : \_\_\_\_\_

1<sup>er</sup> prélèvement  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)**

**PARAGANGLIOME (PGL) et/ou PHÉOCHROMOCYTOME (PHEO)** Année du diagnostic : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> PGL ou PHEO unique	<input type="checkbox"/> PGL multiple	<input type="checkbox"/> PHEO bilatéral
<input type="checkbox"/> Surrénale	<input type="checkbox"/> Tête et Cou	<input type="checkbox"/> Thoraco-Abdomino-Pelvien (extra-surrénal)
↳ nombre : _____	↳ nombre : _____	↳ nombre : _____

Y-a-t-il des **métastases** :  Oui  Non

PGL **non sécrétant** :  Oui  Non

PGL **sécrétant** ou PHEO  Oui  Non

Métanéphrines totales >2 fois la normale  Oui  Non  Ne sais pas

**CANCER MEDULLAIRE DE LA THYROÏDE** (prouvé histologiquement) Année du diagnostic : \_\_\_\_\_

Elévation de la calcitonine de base  Oui  Non  Ne sais pas

**HYPERPARATHYROÏDIE** Année du diagnostic : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Adénome(s) parathyroïdien(s)	<input type="checkbox"/> Hyperplasie des parathyroïdes	<input type="checkbox"/> Cancer parathyroïdien
↳ unique <input type="checkbox"/>	↳ multiple <input type="checkbox"/>	

Calcémie  < 3,3 mM  ≥3,3 mM

Elévation de la PTH  30-100pg/ml  >100pg/ml  Ne sais pas

**TUMEUR ENDOCRINE DUODÉNO-PANCRÉATIQUE** Année du diagnostic : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Unique	<input type="checkbox"/> Multiple	<input type="checkbox"/> Glucagonome	<input type="checkbox"/> VIPome	<input type="checkbox"/> Non fonctionnelle
<input type="checkbox"/> Insulinome	<input type="checkbox"/> Gastrinome			

Autre, préciser : \_\_\_\_\_

**TUMEUR HYPOPHYSIAIRE** Année du diagnostic : \_\_\_\_\_

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

**AUTRE TUMEUR ENDOCRINE** Année du diagnostic : \_\_\_\_\_

préciser : \_\_\_\_\_

**Autres lésions évoquant une NEM 2, une NEM1, une NF1, un VHL**  Oui  Non  
 Si oui, préciser \_\_\_\_\_

**Antécédents familiaux évocateurs d'une forme héréditaire**  Oui  Non  
 Si oui, préciser \_\_\_\_\_