

	Questionnaire pour orientation du test génétique	HYPERALDOSTÉRONISME PRIMAIRE	
	Référence : GENE/FO/021		
	Date d'application : 05/12/2014	Service émetteur : GENETIQUE	Nombre de pages : 1

Prescripteur
 Service
 NOM d'usage
 NOM de naissance
 Prénom
 N° DNA.....
 Sexe (M ou F)
 Date de naissance
 Poids (kg) Taille (cm)
 Lieu de naissance.....
 Ethnie (1 = Caucase - 2 = Afrique - 3 = Asie)

1- ANTECEDENTS

HTA (O/N)
 Année de diagnostic
 Hypokaliémie ($K \leq 3,9$ mmol/l) (O/N)
 Année de diagnostic
 Histoire familiale d'HTA (O/N)
(si oui joindre au dos un arbre généalogique en indiquant en foncé les apparentés avec HTA et l'année de diagnostic)
 Hyperaldostéronisme familial (O/N)
(si oui joindre au dos un arbre généalogique en indiquant en foncé les apparentés avec HAP et l'année de diagnostic)

2- EXAMEN CLINIQUE et CARDIAQUE

Date de l'examen :
 PAS (mm Hg) PAD (mm Hg)
 Insuffisance Coronaire (O/N)
 AVC (O/N)
 ECG
 Sokolow :
 Echographie cardiaque :
 Diamètre VG-TD :
 Septum interventriculaire :
 Paroi postérieure :

3 – EXAMENS BIOLOGIQUES STANDARDS

Date de l'examen :
Plasma
 Créatinine ($\mu\text{mol/l}$) Acide Urique ($\mu\text{mol/l}$)
 Na+ (mmol/l) K+ (mmol/l)
 Glyc à jeun (mmol/l) Triglycérides (mmol/l)
 Cholestérol total (mmol/l) HDL (mmol/l)
Urines des 24h **vol urinaire : ml**
 Kaliurèse (mmol/l) Kaliurèse des 24h (mmol)
 Natriurèse (mmol/l) Natriurèse des 24h (mmol)
 Créatinine U (mmol/l) Creatinine U des 24h (mmol)

4 – EXPLORATION DU SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE

Date de l'examen :
 ARP (ng/ml/h) couchée debout
 Rénine active (pg/ml) couchée debout
 Aldostérone Pl. (pg/ml) couchée debout
 Aldostérone U des 24h (nmol)
 Cortisol libre U des 24h (nmol)

5- TRAITEMENT EN COURS

Score traitement
 Inhibiteur calcique (O/N) :
 Alpha bloquant (O/N) :
 Antihypertenseur central (O/N) :
 Béta bloquant (O/N) :
 IEC (O/N) :
 ARA II (O/N) :
 Diurétique (O/N) :
 Anti-Aldostérone (O/N) :

6- EXAMENS DE LATERALISATION

SCANNER surrénalien (O/N)
 Adénome (O/N)
si oui , G ou D
 Taille :
 Commentaires :
KT VEINEUX surrénalien (O/N)
 Latéralisation (O/N)
si oui , G ou D
 Rapport Aldo/Cortisol à Dte :
 Rapport Aldo/Cortisol à Gche :

7- DECISIONS THERAPEUTIQUES

Traitement Chirurgical (O/N)
si oui , date intervention prévue
 Traitement Médical (O/N)
si oui , traitement prévu :

8- PROTOCOLES ET TEST GENETIQUES

Inclusion dans COMETE (O/N)
si oui , date consentement :
 Demande de test GRA ou FH3 (O/N)
si oui , date consentement et test :