

**HYPOPLASIE - DYSPLASIE RENALE AVEC OU SANS KYTE**  
Fiche de renseignement à joindre à tout prélèvement sanguin pour étude génétique  
(TCF2/HNF1B, EYA1, SIX1, PAX2)

**NOM :**

**PRENOM :**

**Sexe :**  F  M

**Date de naissance :**

**Parents consanguins :**  Oui

**Pays d'origine du père :**

**Lieu de naissance :**

Non

**Pays d'origine de la mère :**

• **Echographies anténatales (terme : SA )**

Taille Rein Droit :	mm	Taille Rein Gauche :	mm
<input type="checkbox"/> Reins normaux			
<input type="checkbox"/> Reins hyperéchogènes	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
<input type="checkbox"/> Reins augmentés de taille	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
<input type="checkbox"/> Kystes	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
<input type="checkbox"/> Hydronéphrose	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
<input type="checkbox"/> Agénésie	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
<input type="checkbox"/> Dysplasie multikystique	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
<input type="checkbox"/> Urétérocèle	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G		
<input type="checkbox"/> Autres anomalies, préciser :			

• **Naissance :**

Terme : SA Poids : kg Taille : cm PC : cm

Taille actuelle : cm DS Poids actuel : kg DS

**Echographie post-natale (date : )**

<u>Rein Droit</u>	<u>Rein Gauche</u>
Taille : mm	Taille : mm
<input type="checkbox"/> Rein normal	<input type="checkbox"/> Rein normal
<input type="checkbox"/> Dysplasie multikystique	<input type="checkbox"/> Dysplasie multikystique
<input type="checkbox"/> Kystes corticaux	<input type="checkbox"/> Kystes corticaux
<input type="checkbox"/> Kystes médullaires	<input type="checkbox"/> Kystes médullaires
<input type="checkbox"/> Kystes (sans précision)	<input type="checkbox"/> Kystes (sans précision)
<input type="checkbox"/> Rein hyperéchogène	<input type="checkbox"/> Rein hyperéchogène
<input type="checkbox"/> Hypoplasie rénale	<input type="checkbox"/> Hypoplasie rénale
<input type="checkbox"/> Agénésie rénale	<input type="checkbox"/> Agénésie rénale
<input type="checkbox"/> Rein augmenté de taille	<input type="checkbox"/> Rein augmenté de taille
<input type="checkbox"/> Rein ectopique	<input type="checkbox"/> Rein ectopique
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Autre :

**Anomalies de l'arbre urinaire :**

**Rein Droit**

**Rein Gauche**

<input type="checkbox"/> Reflux vésico-urétéral	<input type="checkbox"/> Reflux vésico-urétéral
<input type="checkbox"/> Syndrome de jonction pyélo-urétérale	<input type="checkbox"/> Syndrome de jonction pyélo-urétérale
<input type="checkbox"/> Méga uretère	<input type="checkbox"/> Méga uretère
<input type="checkbox"/> Système urétéral double	<input type="checkbox"/> Système urétéral double
	<input type="checkbox"/> Valve de l'urètre postérieur
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :

**Biologie actuelle**

Insuffisance rénale :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Âge à l'insuffisance rénale terminale :
Créatinine plasmatique :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Date :
Transaminases élevées :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Uricémie :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Uricurie :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Créatinine urinaire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Magnésémie :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Autres anomalies :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

**Signes extra-rénaux :**

<b>Acuité visuelle :</b>	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Inconnu
<b>Examen du fond d'œil :</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu
Normal :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Colobome :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Dysplasie du nerf optique :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
Autre anomalie du FO (préciser) :			
<b>Autres :</b>			
Retard mental	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Kyste ou fistule au niveau du cou	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Fistule ou pertruis pré-auriculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Anomalies de l'oreille externe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Baisse de l'audition	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Anosmie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Anomalies du squelette (polydactylie, syndactylie...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Anomalie cardiaque connue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Anomalies des organes génitaux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Autres anomalies congénitales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Goutte	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

**Antécédents familiaux de malformation de l'appareil urinaire connue :**  OUI  NON

(Faire un arbre généalogique sur une feuille à part en précisant les pathologies pour chaque individu)

Préciser en particulier dans la famille les antécédents de **diabète, goutte, surdité, anomalies oculaires et tout problème néphro-urologique.**

	Nom	Prénom	Date naissance	Pathologie	Echo rénale (si oui, décrire succinctement)
<b>Père</b>					
<b>Mère</b>					
<b>Fratrie</b>					

**Antécédents chez des apparentés plus éloignés :**

<b>Médecin prescripteur (doit être un médecin titulaire) :</b>	
<b>Adresse :</b>	
<b>Téléphone :</b>	
<b>E-mail (obligatoire) :</b>	@
Consentement signé : <input type="checkbox"/> Oui	Bon de commande : <input type="checkbox"/> Oui

Date :

- Prélèvement de 10 ml (sauf nourrisson 1 à 3 ml) sur EDTA
- Pour tout renseignement complémentaire, merci de joindre, exclusivement par email, Dr Laurence Heidet : [laurence.heidet@nck.aphp.fr](mailto:laurence.heidet@nck.aphp.fr)