

## EXCES APPARENT EN MINERALOCORTICOÏDES

Fiche de renseignement à joindre à tout prélèvement sanguin pour étude génétique

**NOM :**

**PRENOM :**

**Sexe :** F  M

**Date de naissance :**

**Parents consanguins :**  Oui  Non  Inconnu

**Nationalité/Ethnie :**

**Autre membre de la famille atteint (joindre un arbre généalogique) :**

**Antécédents familiaux :**

**Année du diagnostic de l'HTA :**

**Manifestations cliniques au moment du diagnostic :**

**Pression artérielle au diagnostic:**

Diastolique : mm Hg Systolique : mm Hg

**Antécédents personnels:**

**Complications cardio-vasculaires ou cérébrales :**

**Néphrocalcinose:**  Oui  Non

Si oui, âge de découverte :

Si non, date de dernière recherche :

**Néphrolithiase:**  Oui  Non

Si oui, âge de découverte :

Si non, date de dernière recherche :

**Polyurie:**  Oui  Non Diurèse de 24 heures :

**Retard de croissance:**  Oui  Non

Actuellement: Poids à : DS,

Taille à : DS

**Paramètres biologiques au moment du diagnostic (sans traitement):**

	Sang		Urines			
		Unités	Echantillon	Unités	24h	Unités
Na*		mmol/L		mmol/L		mmol
K*		mmol/L		mmol/L		mmol
HCO <sub>3</sub> *		mmol/L		mmol/L		
Cl		mmol/L		mmol/L		
Créatinine		μmol/L		mmol/L		
Ca		mmol/L		mmol/L		
Rénine (couché)*						
Rénine (debout)*						
Aldostérone (couché)*						
Aldostérone (debout) *						
Cortisol (préciser l'horaire svp)						
THA ou aldostérone urinaire						
Rapport cortisol/cortisone						
Rapport THF+alloTHF/THE						

**Traitement:**

Spironolactone :  Oui  Non

Dexaméthasone :  Oui  Non

Autre traitement :

**Manifestations apparues durant l'évolution :**

**Taux d'aldostérone et de rénine plasmatiques lors du dernier bilan :**

**Commentaires :**

*\* Les paramètres biologiques sont nécessaires avant d'effectuer tout test moléculaire (merci de noter les unités et les normes de votre laboratoire).*

<b>Médecin prescripteur (doit être un médecin titulaire) :</b>	
Adresse :	
Téléphone :	
E-mail (obligatoire) :	@
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 Xavier Jeunemaitre** : [xavier.jeunemaitre@egp.aphp.fr](mailto:xavier.jeunemaitre@egp.aphp.fr)