

HYPOPHOSPHATEMIES

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

NOM :

PRENOM :

Sexe : F M

Date de naissance :

Pays de Naissance :

Ethnie : Caucase Afrique Asie

Consanguinité : Oui Non

Autres membres de la famille ayant une hypophosphatémie (joindre un arbre généalogique) :

Age de découverte de l'hypophosphatémie :

Circonstances découverte :

Pathologies associées

Lithiase calcique Néphrocalcinose Anomalies squelettiques

Calcifications périarticulaires Calcifications vasculaires

Autres :

PHENOTYPE (au moment du diagnostic)

Date de l'examen :

Poids : kg Taille :

cm

	SANG		URINES		
	Unités	Échantillon	Unités	24 h	Unités
Na	mmol/l		mmol/l		mmol
K	mmol/l		mmol/l		mmol
HCO3	mmol/l		mmol/l		
Cl	mmol/l		mmol/l		
Protides	g/l		mg/l ou g/l		mg ou g
Créatinine*	µmol/l		mmol/l		
Ca	mmol/l		mmol/l		
Mg*	mmol/l		mmol/l		
Phosphate*	mmol/l				
PTH					
250H VitD					
1-250H2VitD					

Diurèse de 24 heures :

Calciurie : mmol/mmol mg/mg

TRP* : Ou TmPi :

Ostéodensitométrie : date :

Résultat :

Traitement (au moment des prélèvements biologiques)

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Phosphates | <input type="checkbox"/> 25 OH Vit D | <input type="checkbox"/> Un Alpha |
| <input type="checkbox"/> Rocaltrol | <input type="checkbox"/> Persantine | <input type="checkbox"/> Ac. Valproïque |
| <input type="checkbox"/> Antiprotéases | <input type="checkbox"/> Antiacides | <input type="checkbox"/> Autres : |

Commentaires :

** Paramètres biologiques nécessaires avant tout examen moléculaire (mettre les unités et les normes de votre laboratoire pour ces valeurs)*

Médecin prescripteur (doit être un médecin titulaire) :

Adresse :

Téléphone :

E-mail (obligatoire) :

@

Consentement signé : Oui

Bon de commande : 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 Rosa Vargas-Poussou : rosa.vargas@egp.aphp.fr