

SUSPICION DE POLYKYSTOSE AUTOSOMIQUE RECESSIVE, FŒTUS
Fiche de renseignement à joindre à tout prélèvement sanguin pour étude génétique

Nom patronymique de la mère :

Prénom de la mère :

Nom du père :

Consanguinité des parents : Oui Non. **Lien de parenté :**

Pays d'origine du père : **Pays d'origine de la mère :**

Antécédents familiaux : Oui Non

Y a-t-il dans cette famille des cas de polykystose autosomique récessive (patients nés vivants ou fœtus interrompus) ?

Oui Non

Si oui, préciser :

Nombre de fœtus :

Nombre de patients vivants :

Diagnostic fait par : Moléculaire Histologie rénale Histologie hépatique

Clinique + imagerie (préciser) :

Echographie T1 : Terme : SA Date :
Lieu : Nom de l'échographiste :
Normale Oui Non
Si non, préciser :

Echographie T2 : Terme : SA Date :
Lieu : Nom de l'échographiste :

Rein Droit		SA		Date :	Rein Gauche		SD
Taille :	mm		SD		Taille :	mm	SD
<input type="checkbox"/> Hyperéchogénicité corticale					<input type="checkbox"/> Hyperéchogénicité corticale		
<input type="checkbox"/> Hyperéchogénicité médullaire					<input type="checkbox"/> Hyperéchogénicité médullaire		
<input type="checkbox"/> Hyperéchogénicité globale					<input type="checkbox"/> Hyperéchogénicité globale		
<input type="checkbox"/> Inversion de la différenciation corticomédullaire					<input type="checkbox"/> Inversion de la différenciation corticomédullaire		
<input type="checkbox"/> Persistance d'une différenciation cortico-médullaire					<input type="checkbox"/> Persistance d'une différenciation cortico-médullaire		
<input type="checkbox"/> Absence de différenciation cortico-médullaire					<input type="checkbox"/> Absence de différenciation cortico-médullaire		
<input type="checkbox"/> Microkystes corticaux					<input type="checkbox"/> Microkystes corticaux		
<input type="checkbox"/> Microkystes médullaires					<input type="checkbox"/> Microkystes médullaires		
<input type="checkbox"/> Microkystes diffus					<input type="checkbox"/> Microkystes diffus		
<input type="checkbox"/> Macrokystes corticaux					<input type="checkbox"/> Macrokystes corticaux		
<input type="checkbox"/> Macrokystes médullaires					<input type="checkbox"/> Macrokystes médullaires		
<input type="checkbox"/> Macrokystes diffus					<input type="checkbox"/> Macrokystes diffus		

Volume de Liquide amniotique : Normal Oligoamnios Anamnios Index amniotique : cm
 Plus grande citerne : cm

Foie : Anomalies : Oui Non
Si oui, lesquelles :

Echographie T3 : Terme : SA Date :
Lieu : Nom de l'échographiste :

Rein Droit Rein Gauche
Taille : mm SD Taille : mm SD

Hyperéchogénéicité corticale Hyperéchogénéicité corticale
 Hyperéchogénéicité médullaire Hyperéchogénéicité médullaire
 Hyperéchogénéicité globale Hyperéchogénéicité globale
 Inversion de la différenciation cortico-médullaire Inversion de la différenciation cortico-médullaire
 Persistance d'une différenciation cortico-médullaire Persistance d'une différenciation cortico-médullaire
 Absence de différenciation cortico-médullaire Absence de différenciation cortico-médullaire
 Microkystes corticaux Microkystes corticaux
 Microkystes médullaires Microkystes médullaires
 Microkystes diffus Microkystes diffus
 Macrokystes corticaux Macrokystes corticaux
 Macrokystes médullaires Macrokystes médullaires
 Macrokystes diffus Macrokystes diffus

Volume de Liquide amniotique : Normal Oligoamnios Anamnios Index amniotique : cm
 Plus grande citerne : cm

Foie : Anomalies : Oui Non
Si oui, lesquelles :

Médecin prescripteur (doit être un médecin titulaire) :	
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 Laurence Heidet : laurence.heidet@nck.aphp.fr