

**HYPOPLASIE - DYSPLASIE RENALE AVEC OU SANS KYSTE**  
Fiche de renseignement à joindre à tout prélèvement sanguin pour étude génétique

**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 (<-2DS) | <input type="checkbox"/> Hypoplasie rénale (<-2DS) |
| <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 : | $\mu\text{mol/L}$            | $\text{mg/L}$                | Date :                                  |
| Protéinurie :            | $\text{g/L}$                 | $\text{g/24h}$               | $\text{g/g de créatinine}$ :            |
| Uricémie :               | $\mu\text{mol/L}$            | $\text{mg/L}$                |   |
| Uricurie :               | $\text{mmol/L}$              | $\text{mg/L}$                |   |
| Créatinine urinaire :    | $\text{mmol/L}$              | $\text{g/L}$                 |   |
| Magnésémie :             | $\text{mmol/L}$              |                              |   |
| Autres anomalies :       |                              |                              |   |

**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      | <input type="checkbox"/> s. de perception <input type="checkbox"/> s. de conduction |
| Anosmie   | <input type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> Non      |   |
| Anomalies du squelette (polydactylie, syndactylie...) | <input type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> Non      | Préciser :  |
| Anomalie cardiaque connue                             | <input type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> Non      | Préciser :  |
| Transaminases élevées :                               | <input type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> Non      | <input type="checkbox"/> Inconnu  |
| Anomalies des organes génitaux                        | <input type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> Non      | Préciser :  |
| Diabète   | <input type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> Non      |   |
| Goutte  | <input type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> Non      |   |
| Autres anomalies congénitales                         | <input type="checkbox"/> Oui     | <input type="checkbox"/> Non      | Préciser :  |

**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)

|         | Nom | Prénom | Date naissance | Pathologie | Echo rénale (si oui, décrire succinctement) |
|---------|-----|--------|----------------|------------|---|
| Père    |     |        |                |            |   |
| Mère    |     |        |                |            |   |
| Fratrie |     |        |                |            |   |
|         |     |        |                |            |   |
|         |     |        |                |            |   |

**Antécédents chez des apparentés plus éloignés :**

|  |  |
|--|--|
| <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 Laurence Heidet : [laurence.heidet@nck.aphp.fr](mailto:laurence.heidet@nck.aphp.fr)