



Prescripteur .....  
Service .....  
NOM d'usage .....  
NOM de naissance .....  
Prénom .....  
N° DNA.....  
Sexe (M ou F)   
Date de naissance   
Poids (kg)  Taille (cm)   
Lieu de naissance.....  
Ethnie (1 = Caucase - 2 = Afrique - 3 = Asie)

**1- ANTECEDENTS**

HTA (O/N)   
Année de diagnostic   
Hypokaliémie ( $K \leq 3,9$  mmol/l) (O/N)   
Année de diagnostic   
Histoire familiale d'HTA (O/N)   
*(si oui joindre au dos un arbre généalogique en indiquant en foncé les apparentés avec HTA et l'année de diagnostic)*  
Hyperaldostéronisme familial (O/N)   
*(si oui joindre au dos un arbre généalogique en indiquant en foncé les apparentés avec HAP et l'année de diagnostic)*

**2- EXAMEN CLINIQUE et CARDIAQUE**

Date de l'examen : .....  
PAS (mm Hg)  PAD (mm Hg)   
Insuffisance Coronaire (O/N)   
AVC (O/N)   
ECG  
Sokolow : .....  
Echographie cardiaque : .....  
Diamètre VG-TD : .....  
Septum interventriculaire : .....  
Paroi postérieure : .....

**3 – EXAMENS BIOLOGIQUES STANDARDS**

Date de l'examen : .....  
**Plasma**  
Créatinine ( $\mu\text{mol/l}$ )  Acide Urique ( $\mu\text{mol/l}$ )   
Na+ (mmol/l)  K+ (mmol/l)   
Glyc à jeun (mmol/l)  Triglycérides (mmol/l)   
Cholestérol total (mmol/l)  HDL (mmol/l)   
**Urines des 24h** **vol urinaire : ..... ml**  
Kaliurèse (mmol/l)  Kaliurèse des 24h (mmol)   
Natriurèse (mmol/l)  Natriurèse des 24h (mmol)   
Créatinine U (mmol/l)  Creatinine U des 24h (mmol)

**4 – EXPLORATION DU SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE**

Date de l'examen : .....  
ARP (ng/ml/h) couchée  debout   
Rénine active (pg/ml) couchée  debout   
Aldostérone Pl. (pg/ml) couchée  debout   
Aldostérone U des 24h (nmol)   
Cortisol libre U des 24h (nmol)

**5- TRAITEMENT EN COURS**

**Score traitement**   
Inhibiteur calcique (O/N)  : .....  
Alpha bloquant (O/N)  : .....  
Antihypertenseur central (O/N)  : .....  
Bétabloquant (O/N)  : .....  
IEC (O/N)  : .....  
ARA II (O/N)  : .....  
Diurétique (O/N)  : .....  
Anti-Aldostérone (O/N)  : .....

**6- EXAMENS DE LATERALISATION**

**SCANNER surrénalien** (O/N)   
Adénome (O/N)   
*si oui , G ou D*   
Taille : .....  
Commentaires : .....  
**KT VEINEUX surrénalien** (O/N)   
Latéralisation (O/N)   
*si oui , G ou D*   
Rapport Aldo/Cortisol à Dte : .....  
Rapport Aldo/Cortisol à Gche : .....

**7- DECISIONS THERAPEUTIQUES**

Traitement Chirurgical (O/N)   
*si oui , date intervention prévue* .....  
Traitement Médical (O/N)   
*si oui , traitement prévu* : .....

**8- PROTOCOLES ET TEST GENETIQUES**

Inclusion dans COMETE (O/N)   
*si oui , date consentement* : .....  
Demande de test GRA ou FH3 (O/N)   
*si oui , date consentement et test* : .....