**Intitulé de la RCP :** Choisissez un élément.

**Date de la RCP :** Choisissez un élément.

**Lieu de la RCP :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Responsable de la RCP :** Cliquez ici pour taper du texte.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informations Patient** | | | | |
| **Nom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **Date de naissance\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Lieu de Naissance\*** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Prénom\*** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **Sexe\*** | **F**  **M** |
| **Consanguinité** (si connu) | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Antécédents familiaux**  **(PJ arbre généalogique si adapté)** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Antécédents personnels** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |

|  |
| --- |
| **Motif de la demande de la RCP** |
|  |

***\* Informations obligatoires pour l’identification du patient***

|  |  |
| --- | --- |
| **Histoire de la maladie** | |
| **Age aux premiers signes** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Résumé de l’histoire clinique/ Diagnostic si déjà établi (préciser l’activité lithiasique)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Traitements** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Prise de vit C :**  Oui  Non |
| **Prise de compléments alimentaires :**  Oui  Non |
| **Date de prise de la dernière ampoule de vit D :** I\_I\_I\_I\_I\_I\_I |
| **Prise de tisane :**  Oui  Non  Si oui, préciser le type de la tisane : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Avis de la RCP** | |
| **Avis demandé** | **Diagnostique**  **Thérapeutique**  **Autre** |
| **Avis de la RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bilan clinique et biologique** | | | | | |
| **Particularité clinique** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Bilans sanguin et urinaire** | **POIDS :** | **TAILLE :** | | | **IMC :** |
| **PERTE DE TAILLE (CHEZ L’ADULTE) :**  OUI  NON | | | | |
| **RETARD DE CROISSANCE (CHEZ L’ENFANT) :**  OUI  NON | | | | |
| **Examens obligatoires** | | | | |
| **Bilan sanguin** | | | | |
| **Kaliémie** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Réserve Alcaline** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Créatinine** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Débit de filtration glomérulaire** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Glycémie** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Magnésémie** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Bilan phosphocalcique** | | | | |
| **Patient à jeun :**  Oui  Non | | | | |
| **Calcémie** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Phosphatémie** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **PTH (préciser unité et normes du laboratoire)** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **25-(OH)-D (préciser l’unité)** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **1.25-(OH) 2D**  **(préciser unité et normes du laboratoire)** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Hypophosphatémie**   Oui  Non  Si oui  **TmP/GFR ou TRP**  Cliquez ici pour taper du texte.  **FGF23 (préciser si intact ou C-terminal ainsi que les normes du laboratoire)**  Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Bilan urinaire** | | | | |
| **Infections urinaires fréquentes**  Oui  Non | | | | |
| **Combien d’épisode de PNA :** Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Bilan urinaire des 24h :** | | | | |
| **Diurèse** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Créatininurie (mmol/24h)** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **Natriurèse**  **(mmol/24h)** | |  | | |
| **Urée urinaire (mmol/24h)** | |  | | |
| **Consommation de protéines (g/kg/j)** | |  | | |
| **Calciurie** | | (mmol/L) | | |
| (mmol/Kg/j) | | |
| **Citraturie** | | (mmol/L) | | |
| (mmol/24h) | | |
| **Oxalurie** | | (mmol/L) | | |
| (mmol/24h) | | |
| **Magnésurie:**  Oui  Non  **Si oui, magnésurie (mmol/L) :** Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Urines du matin :** | | | | |
| **ECBU** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **pH urinaire** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Densité urinaire le matin** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **protéinurie / créat (unité à préciser)** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Microalb/créat (unité à préciser)** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Si origine du calcul inconnu (ou avis sur PEC d’un patient cystinurique)**  **Cystinurie (mmol/24h) :** Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Examens optionnels** | | | | |
| **Calcium ionisé** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Acide urique** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Uricurie** | | | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Autres Examens (PJ)** | **Cristallurie** | | | | |
| **Analyse morpho-constitutionnelle du calcul (PJ)**  Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Résultats exploration dynamique (PJ)**  Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Examens génétiques**  (date et résultats)  **(PJ)**  Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Imagerie, si scanner, précisez :**  Densité Hounsfield : Cliquez ici pour taper du texte.  Taille des calculs et uro TDM : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Résultats des ostéodensitométrie**  **(Si oui, ajout de PJ)**  Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Evaluation diététique (évaluation des apports calciques, sodés, protéiques)**  Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |