



Médecin prescripteur Service..... Hôpital.....

Patient : Nom Prénom.....

Date de naissance..... Sexe.....

Pays de naissance/Origine ethnique.....

Consanguinité : Oui Non

Autres membres atteints dans la famille (merci de joindre un arbre généalogique)

Antécédents personnels :

Age du diagnostic de l'hypomagnésémie :

Circonstances de découverte

Nephrocalcinose : Oui Non Néphrolithiase : Oui Non

Si oui, âge au diagnostic..... Si non, date de la dernière évaluation.....

Anomalies neurologiques / convulsions, et âge d'apparition.....

Anomalies oculaires associées et âge de diagnostic (préciser le type d'anomalie).....

Anomalies Rhumatologiques (préciser)

Autres Anomalies (préciser)

Phénotype au diagnostic: Date:

	SANG		URINES			
		Units	Echantillon	Units	24 h	Units
Na*		mmol/L		mmol/L		mmol
K*		mmol/L		mmol/L		mmol
HCO3*		mmol/L		mmol/L		
Cl		mmol/L		mmol/L		
Protéines totales		g/L				
Creatinine		µmol/L		mmol/L		
Uric Acid*		µmol/L		mmol/L		
Ca*						
PO4		mmol/L		TmPi		
Mg*		mmol/L		mmol/L		
PTH*			Polyurie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Diurèse des 24h			
250H VitD*						
1-250H2VitD*						
Rénine*						
Aldostérone*						

*Merci de préciser les unités et normes du laboratoire

Calciurie :(mmol/24h)..... (mmol/L)

Créatiniurie :(mmol/24h).....(mmol/L)

Calcium/créatinine urinaire:(mmol/mmol)

Traitements:.....

Faits marquants durant l'évolution:

Examen clinique actuel : Poids..... DS. Taille.....DS

Creatinine plasmatique.....µmol/L

DFG.....

Commentaires.....
.....
.....