

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 :	$\mu\text{mol/L}$	mg/L	Date :
Protéinurie :	g/L	g/24h	g/g de créatinine :
Uricémie :	$\mu\text{mol/L}$	mg/L	$\text{g/mmol de créatinine}$:
Uricurie :	mmol/L	mg/L	
Créatinine urinaire :	mmol/L	g/L	
Magnésémie :	mmol/L		
Autres anomalies :			

Signes extra-rénaux :

Acuité visuelle :	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Inconnu
Examen du fond d'œil :	<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) :			
Autres :			
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 :

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@aphp.fr