

SUSPICION DE POLYKYSTOSE AUTOSOMIQUE RECESSIVE, FŒTUS
Fiche de renseignement à joindre à tout prélèvement sanguin pour étude génétique

Nom patronymique de la mère :

Prénom de la mère :

Nom du père :

Consanguinité des parents : Oui Non. **Lien de parenté :**

Pays d'origine du père : **Pays d'origine de la mère :**

Antécédents familiaux : Oui Non

Y a-t-il dans cette famille des cas de polykystose autosomique récessive (patients nés vivants ou fœtus interrompus) ?

Oui Non

Si oui, préciser :

Nombre de fœtus :

Nombre de patients vivants :

Diagnostic fait par : Moléculaire Histologie rénale Histologie hépatique

Clinique + imagerie (préciser) :

Echographie T1 : Terme : SA Date :
Lieu : Nom de l'échographiste :
Normale Oui Non
Si non, préciser :

Echographie T2 : Terme : SA Date :
Lieu : Nom de l'échographiste :

Rein Droit	Rein Gauche
Taille : mm SD	Taille : mm SD
<input type="checkbox"/> Hyperéchogénicité corticale	<input type="checkbox"/> Hyperéchogénicité corticale
<input type="checkbox"/> Hyperéchogénicité médullaire	<input type="checkbox"/> Hyperéchogénicité médullaire
<input type="checkbox"/> Hyperéchogénicité globale	<input type="checkbox"/> Hyperéchogénicité globale
<input type="checkbox"/> Inversion de la différenciation corticomédullaire	<input type="checkbox"/> Inversion de la différenciation corticomédullaire
<input type="checkbox"/> Persistance d'une différenciation cortico-médullaire	<input type="checkbox"/> Persistance d'une différenciation cortico-médullaire
<input type="checkbox"/> Absence de différenciation cortico-médullaire	<input type="checkbox"/> Absence de différenciation cortico-médullaire
<input type="checkbox"/> Microkystes corticaux	<input type="checkbox"/> Microkystes corticaux
<input type="checkbox"/> Microkystes médullaires	<input type="checkbox"/> Microkystes médullaires
<input type="checkbox"/> Microkystes diffus	<input type="checkbox"/> Microkystes diffus
<input type="checkbox"/> Macrokystes corticaux	<input type="checkbox"/> Macrokystes corticaux
<input type="checkbox"/> Macrokystes médullaires	<input type="checkbox"/> Macrokystes médullaires
<input type="checkbox"/> Macrokystes diffus	<input type="checkbox"/> Macrokystes diffus

Volume de Liquide amniotique : Normal Oligoamnios Anamnios Index amniotique : cm
 Plus grande citerne : cm

Foie : Anomalies : Oui Non
Si oui, lesquelles :

Echographie T3 : Terme : SA Date :
Lieu : Nom de l'échographiste :
Rein Droit Rein Gauche
Taille : mm SD Taille : mm SD

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hyperéchogénéicité corticale | <input type="checkbox"/> Hyperéchogénéicité corticale |
| <input type="checkbox"/> Hyperéchogénéicité médullaire | <input type="checkbox"/> Hyperéchogénéicité médullaire |
| <input type="checkbox"/> Hyperéchogénéicité globale | <input type="checkbox"/> Hyperéchogénéicité globale |
| <input type="checkbox"/> Inversion de la différenciation cortico-médullaire | <input type="checkbox"/> Inversion de la différenciation cortico-médullaire |
| <input type="checkbox"/> Persistance d'une différenciation cortico-médullaire | <input type="checkbox"/> Persistance d'une différenciation cortico-médullaire |
| <input type="checkbox"/> Absence de différenciation cortico-médullaire | <input type="checkbox"/> Absence de différenciation cortico-médullaire |
| <input type="checkbox"/> Microkystes corticaux | <input type="checkbox"/> Microkystes corticaux |
| <input type="checkbox"/> Microkystes médullaires | <input type="checkbox"/> Microkystes médullaires |
| <input type="checkbox"/> Microkystes diffus | <input type="checkbox"/> Microkystes diffus |
| <input type="checkbox"/> Macrokystes corticaux | <input type="checkbox"/> Macrokystes corticaux |
| <input type="checkbox"/> Macrokystes médullaires | <input type="checkbox"/> Macrokystes médullaires |
| <input type="checkbox"/> Macrokystes diffus | <input type="checkbox"/> Macrokystes diffus |

Volume de Liquide amniotique : Normal Oligoamnios Anamnios Index amniotique : cm
 Plus grande citerne : cm

Foie : Anomalies : Oui Non
Si oui, lesquelles :

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