

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

Taille : mm SD

Hyperéchogénicité corticale

Hyperéchogénicité médullaire

Hyperéchogénicité globale

Inversion de la différenciation corticomédullaire

Persistance d'une différenciation cortico-médullaire

Absence de différenciation cortico-médullaire

Microkystes corticaux

Microkystes médullaires

Microkystes diffus

Macrokystes corticaux

Macrokystes médullaires

Macrokystes diffus

Rein Gauche

Taille : mm SD

Hyperéchogénicité corticale

Hyperéchogénicité médullaire

Hyperéchogénicité globale

Inversion de la différenciation corticomédullaire

Persistance d'une différenciation cortico-médullaire

Absence de différenciation cortico-médullaire

Microkystes corticaux

Microkystes médullaires

Microkystes diffus

Macrokystes corticaux

Macrokystes médullaires

Macrokystes diffus

Volume de Liquide amniotique : Normal Oligoamnios

Plus grande citerne :

Anamnios

Index amniotique : cm

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