

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

NOM :

PRENOM :

Sexe : F M

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Parents consanguins : Oui Non

Lien de parenté :

Pays d'origine du père :

Pays d'origine de la mère :

Nom patronymique de la mère :

1- Histoire prénatale : Oui Non Inconnu Si oui,

Terme 1 : SA Date :

Taille	Rein Droit		Rein Gauche	
	mm	DS	mm	DS
Rein augmenté de taille	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Hyperéchogène	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	

Volume du liquide amniotique : Normal Oligamnios Anamnios

Terme 2 : SA Date :

Taille	Rein Droit		Rein Gauche	
	mm	DS	mm	DS
Rein augmenté de taille	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Hyperéchogène	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	

Volume du liquide amniotique : Normal Oligamnios Anamnios

Terme 3 : SA Date :

Taille	Rein Droit		Rein Gauche	
	mm	DS	mm	DS
Rein augmenté de taille	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Hyperéchogène	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	

Volume du liquide amniotique : Normal Oligamnios Anamnios

2- Histoire post natale

HTA : Oui Non Date de découverte :
Nombre d'antihypertenseurs : 1 2 3 4

Insuffisance rénale : Oui Non
Créatinine plasmatique : µmol/L mg/L Date :
Age à l'insuffisance rénale terminale :

Anomalie de la concentration/dilution de l'urine : Oui Non
Date de début : Date de fin :

Acidose : Oui Non

Autres :

Morphologie rénale

Echographie 1 :	Date :	Taille du patient :	cm
Rein Droit		Rein Gauche	
Taille : mm		Taille : mm	
Hyperéchogène : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Hyperéchogène : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Microkystes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Microkystes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nombre :		Nombre :	
Siège : <input type="checkbox"/> Cortical <input type="checkbox"/> Médullaire		Siège : <input type="checkbox"/> Cortical <input type="checkbox"/> Médullaire	
Macrokystes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Macrokystes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nombre :		Nombre :	
Siège : <input type="checkbox"/> Cortical <input type="checkbox"/> Médullaire		Siège : <input type="checkbox"/> Cortical <input type="checkbox"/> Médullaire	

Echographie 2 : Date :
Rein Droit
Taille : mm
Hyperéchogène : Oui Non
Microkystes : Oui Non
Nombre :
Siège : Cortical Médullaire
Macrokystes : Oui Non
Nombre :
Siège : Cortical Médullaire

Taille du patient : cm
Rein Gauche
Taille : mm
Hyperéchogène : Oui Non
Microkystes : Oui Non
Nombre :
Siège : Cortical Médullaire
Macrokystes : Oui Non
Nombre :
Siège : Cortical Médullaire

Echographie 3 : Date :
Rein Droit
Taille : mm
Hyperéchogène : Oui Non
Microkystes : Oui Non
Nombre :
Siège : Cortical Médullaire
Macrokystes : Oui Non
Nombre :
Siège : Cortical Médullaire

Taille du patient : cm
Rein Gauche
Taille : mm
Hyperéchogène : Oui Non
Microkystes : Oui Non
Nombre :
Siège : Cortical Médullaire
Macrokystes : Oui Non
Nombre :
Siège : Cortical Médullaire

Morphologie hépatique au dernier examen

Dilatation des voies biliaires : Oui Non
Kystes hépatiques : Oui Non
 Nombre : Taille min (mm) : Taille max (mm) :
 Aspect :
Hypertension portale : Oui Non Si Oui,
 ATCD de saignement de VO : Oui Non
 ATCD de sclérose de VO : Oui Non
 Si oui, nombre : <3 3-6 >6
Hypersplénisme : Oui Non
ATCD de cholangite bactérienne : Oui Non
 Si oui, nombre : 1 - 3 3 - 10 > 10

Médecin prescripteur (doit être un médecin titulaire) :

Adresse :

Téléphone :

E-mail (obligatoire): @

Consentement signé : Oui

Bon de commande : 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