

**Néphropathie indéterminée :
insuffisance rénale terminale ou DFG<30 ml/min avant 45 ans**
Fiche de renseignement à joindre à tout prélèvement sanguin pour étude génétique

NOM :

PRENOM :

Sexe : F M

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Antécédents familiaux

Consanguinité : Oui

Non Inconnu

Pays d'origine du père :

Pays d'origine de la mère :

Fonction rénale actuelle: créatininémie

µmol/l, DFG:

ml/min (CKD EPI ou MDRD)

Dialyse oui/non

Age :

Patient greffé oui/non

Si oui : âge

Si non, en attente de greffe oui/non

Greffe par donneur vivant apparentée oui/non

Apparentés néphropathie (joindre l'arbre généalogique)

	Protéinurie	Hématurie	IRC	IRC terminale
Mère	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I
Père	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I
Frère/soeur	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I
Frère/soeur	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I
Autres parents	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I

O : Oui; N : Non; I : Inconnu

Parents et/ou apparentés disponibles pour trio : oui/non (préciser) :

ATCD :

Age des premiers symptômes:

Préciser les symptômes :

Anomalie morphologique rénale: oui/non

Si oui, préciser : néphrocalcinose, kystes, rein unique, hypoplasie...

Hématurie microscopique oui/non

Protéinurie oui/non

Si oui,

tubulaire/glomérulaire/mixte

Syndrome néphrotique oui/non

Biopsie rénale faite? oui/non

Description : lésions vasculaire, tubulaire, glomérulaire, aspécifiques :

Atteinte extra-rénale oui/non

- **Hyper uricémie ou goutte avant 35 ans ? oui/non**

- Diabète/surdité/atteinte ophtalmologique/atteinte cardiaque/dysmorphie/anomalies squelettiques, rotules /déficience intellectuelle/épilepsie/anomalies génitales...):

Conclusion personnelle:

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@nck.aphp.fr