

## Diagnostic Génétique des Tumeurs Endocrines - Fiche de renseignements cliniques-

*Réseau INCa des laboratoires d'oncogénétique constitutionnelle des tumeurs endocrines*

<b>Nom du Médecin Prescripteur :</b>   <b>Adresse du Médecin Prescripteur :</b>   <b>Date de la prescription :</b>	<b>Nom du Patient :</b> ..... Nom de jeune fille : ..... <b>Prénom :</b> ..... <b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <b>Date de naissance :</b>  _.   _.   _.   _.   _.  <b>Statut :</b> <input type="checkbox"/> Cas index <input type="checkbox"/> Apparenté d'une famille porteuse d'une mutation identifiée Nom de famille du cas-index : ..... Gène muté : ..... Mutation identifiée : ..... <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> prélèvement <input type="checkbox"/> prélèvement de confirmation
--	---

Age du sujet à la première localisation :

Site anatomique de la première localisation :

### TYPE DE LA (OU DES) TUMEUR(S) ENDOCRINE(S) Indiquer l'année du diagnostic

 **PARAGANGLIOME (PGL) et/ou PHÉOCHROMOCYTOME (PHEO)**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PGL ou PHEO unique      | <input type="checkbox"/> PGL multiple  | <input type="checkbox"/> PHEO bilatéral  |
| <input type="checkbox"/> Surrénale<br>↳ nombre : | <input type="checkbox"/> Tête et Cou<br>↳ nombre :   | <input type="checkbox"/> Thoraco-Abdomino-Pelvien (extra-surrénal)<br>↳ nombre : |
| Y-a-t-il des métastases :                        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                      |  |
| PGL non sécrétant :                              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                      |  |
| PGL sécrétant ou PHEO                            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                      |  |
| Métanéphrines totales >2 fois la normale         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas |  |

 **CANCER MEDULLAIRE DE LA THYROÏDE** (prouvé histologiquement)

 Élévation de la calcitonine de base       Oui       Non       Ne sait pas

 **HYPERPARATHYROÏDIE**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adénome(s) parathyroïdien(s)<br>↳ unique <input type="checkbox"/> ↳ multiple <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hyperplasie des parathyroïdes   | <input type="checkbox"/> Cancer parathyroïdien |
| Calcémie   | <input type="checkbox"/> < 3,3 mM <input type="checkbox"/> ≥3,3 mM                             |  |
| Élévation de la PTH  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas |  |

 **TUMEUR ENDOCRINE DUODÉNO-PANCRÉATIQUE**

- |  |                                     |                                      |                                 |  |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Unique            | <input type="checkbox"/> Multiple   |                                      |                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Insulinome        | <input type="checkbox"/> Gastrinome | <input type="checkbox"/> Glucagonome | <input type="checkbox"/> VIPome | <input type="checkbox"/> Non fonctionnelle |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : |                                     |                                      |                                 |  |

 **TUMEUR HYPOPHYSAIRE**

- |                                       |                                       |  |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Macroadénome | <input type="checkbox"/> Microadénome | <input type="checkbox"/> Autre, préciser |
| <input type="checkbox"/> Prolactine   | <input type="checkbox"/> GH           |  |

 **AUTRE TUMEUR ENDOCRINE**

préciser : .....

**Autres lésions évoquant une NEM II, une NEM1, une NF1, un VHL**
 Oui       Non

Si oui, préciser

**Antécédents familiaux évocateurs d'une forme héréditaire**
 Oui       Non

Si oui, préciser :

Merci de joindre l'arbre généalogique et le consentement signé par le patient et le médecin prescripteur