

**FICHE PATIENT DEFICIT HYPOPHYSAIRE GENETIQUE – RESEAU GENHYPOPIT – p.1/2**

**NOM :** ..... **Prénom :** ..... Sexe : F  M   
 Date de naissance : ..... Cas index   
 Pays d'origine : ..... Apparenté  lien :  
 Médecin envoyeur : ..... Ville d'envoi : .....  
 Service (Chef de Service, adresse) : .....

Tel : ..... Fax : ..... E-mail : .....

Prélèvement : Sang total  ADN  lignée  envoyé le :

<b>➤ Terme :</b>	<b>PN :</b>	<b>TN :</b>	<p><b>Phénotype résumé :</b></p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr><td>Déficit prouvé</td><td>D</td></tr> <tr><td>Déficit traité</td><td>TRT</td></tr> <tr><td>Fonction normale</td><td>N</td></tr> <tr><td>Fonction non évaluée ou non évaluable</td><td>?</td></tr> </table> <p>GH : ...                  ACTH : ...                  PRL : ...                  TSH : ...                  FSH/LH : ...                  Post hypo : ...</p> <p><b>Commentaires de synthèse:</b></p> <p>.....                  .....                  .....                  .....</p>	Déficit prouvé	D	Déficit traité	TRT	Fonction normale	N	Fonction non évaluée ou non évaluable	?
Déficit prouvé	D										
Déficit traité	TRT										
Fonction normale	N										
Fonction non évaluée ou non évaluable	?										
<b>➤ Courbe de croissance</b> (joindre la photocopie au formulaire)											
<b>➤ Age osseux avant traitement</b> (préciser la date) :											
<b>➤ Signes cliniques de déficit anté et post hypophysaire</b> (cocher les cases) :											
Hypoglycémie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
Diabète insipide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
Front bombé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
Ensellure nasale marquée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
Dentition tardive	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
Micropénis	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
Ictère prolongé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
Obésité tronculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
Ectopie testiculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
Autres signes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
<b>➤ Signes évocateurs d'anomalies de la ligne médiane</b> (cocher les cases) :											
Atrésie des choanes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
Anomalies oculaires,	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
si oui, préciser : .....											
Nystagmus	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
Anomalies dentaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
Bec de lièvre / fente palatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
Hernie ombilicale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> ?								
Autres signes évoquant une anomalie de la ligne médiane : .....											
.....											

**➤ Bilan hormonal :**

	Valeur basale (unités)	Test et pic (unités)	Date du test	Normes du laboratoire (bases)	Interprétations : normal (N), déficit (D) ou ?
GH (1)					
GH (2)					
ACTH					
Cortisol					
PRL/TRH					
TSH/TRH					
FT4					
FT3					
FSH/LHRH					
LH/LHRH					
Testostérone					
Estradiol					
IGF-1					
IGFBP3					
Autres					

