

Diagnostic génotypique des résistances à l'hormone de croissance

(Gènes *GHR*, *IGFALS* et *STAT5B*)

Page 1/2

Patient : NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe: M F

Clinicien : Fiche remplie le :

Par le Docteur :

Service / Hôpital :

Téléphone :

Fax :

Les informations ci-dessous sont indispensables à l'orientation de l'analyse moléculaire

Paramètres de naissance :

Age gestationnel :

RCIU : oui non ?

Taille :

Poids :

PC :

Courbe de croissance :

Joindre une copie en indiquant la(les) périodes de traitements par la GH

Explorations hormonales :

| | Nature du test | Valeur GH de base | Valeur GH au pic | Unité | Norme du laboratoire | Interprétation (1) | Date du test |
|-----------------------|----------------|-------------------|------------------|-------|----------------------|--------------------|--------------|
| Test sécrétion GH n°1 | | | | | | | |
| Test sécrétion GH n°2 | | | | | | | |
| Test sécrétion GH n°3 | | | | | | | |

(1) : N : normale ↑ : augmentée ↓ : abaissée

| | Valeur IGF1 | Unité | Norme du laboratoire | Interprétation (1) | Date du test |
|-----------------------------|-------------|-------|----------------------|--------------------|--------------|
| Test génération IGF1 : J0 | | | | | |
| Test génération IGF1 : J... | | | | | |
| Test génération IGF1 : J... | | | | | |

| | Valeur | Unité | Norme du laboratoire | Interprétation (1) | Date du test |
|------------|--------|-------|----------------------|--------------------|--------------|
| IGF1 | | | | | |
| GHBP | | | | | |
| IGFBP3 | | | | | |
| ALS | | | | | |
| Prolactine | | | | | |

Traitement et efficacité :

- nature du traitement : GH IGF1

- période du traitement :

- efficacité du traitement : oui non ?

- doute sur l'observance : oui non ?

Diagnostic génotypique des résistances à l'hormone de croissance

(Gènes *GHR*, *IGFALS* et *STAT5B*)

Page 2/2

Patient : NOM :

Prénom :

Autre(s) maladie(s) et/ou signe(s) clinique(s) associé(e)(s) :

Dysmorphie évocatrice d'un syndrome de Laron : oui non ?

Autres signes dysmorphiques :

Microcéphalie : oui non ?

Surdité : oui non ?

Atteinte pulmonaire (préciser) : oui non ?

Déficit immunitaire (préciser) : oui non ?

Infections cutanées récurrentes : oui non ?

Hypoglycémie : oui non ?

Résistance à l'insuline : oui non ?

Retard des acquisitions : oui non ?

Autres, préciser :

Arbre généalogique :

Préciser sur l'arbre : - consanguinité
- origine géographique
- date de naissance et/ou prénom des apparentés
- leur taille
- la notion de résistance à la GH
- autres maladies associées

Explorations génétiques :

Résultat du caryotype :

Résultat de puces (préciser le type) :

Autre(s) étude(s) moléculaire(s) :

Consentements :

Joindre les formulaires complétés et signés par le médecin prescripteur et le patient