

Questionnaire pour orientation du test génétique
Diabète Insipide

Médecin référent.....Hôpital.....

Nom du patient.....Sexe.....

Date de Naissance.....

Pays de Naissance/Origine ethnique.....

Consanguinité : Oui Non

Autres membres de la famille avec la même pathologie (joindre un arbre généalogique).....

.....
.....

Age de découverte du diabète insipide.....

Circonstances de découverte.....

.....

Phénotype au moment du diagnostic :

Na plasmatique : Protidémie.....

Osmolalité sanguine.....mOsm/kg. Osmolalité urinaire..... mOsm/kg.

Diurèse de 24 heures.....

Osmo U. maximale.....mOsm/kg. Après restriction hydrique . Après dDAVP

Cncentration d'AVP contemporaine d'une hypernatrémie (normes :)

IRM:

Date.....Résultat.....

.....

Traitement.....

.....

.....

Faits marquants pendant l'évolution.....

.....

.....

Retard de Croissance : Oui Non ;

Actuellement: Poids à.....DS. Taille à.....DS

Retard mental : Oui Non . **Urétérohydronéphrose** : Oui Non

Commentaires.....

.....

.....

.....

.....

.....