

## Feuille de renseignements cliniques

Dans le cadre de l'étude génétique des néphropathies héréditaires, merci de joindre cette feuille de renseignements, ainsi que le consentement signé du patient (ou par son tuteur légal si patient mineur).

### Indication \*

**Recherche ciblée :**

Syndrome d'Alport, Syndrome de Gitelman, Cystinurie, Rein kystique  
COL4A3, COL4A4, COL4A5 ; SLC12A3 ; SLC3A1, SLC7A9 ; REN, UMOD, HNF1B, MUC1

**Exploration de néphropathie héréditaire non ciblée :**

Syndrome néphrotique (hors Alport), CAKUT, Nephronophtise, Tubulopathie, HSF, Autres

### Patient \*

Cas index

Analyse familiale

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

lieu de naissance :

Pays d'origine des parents :

Notion de consanguinité  NON  OUI

Cas isolé  Atteinte familiale (joindre arbre généalogique si possible)

### Prescripteur \*

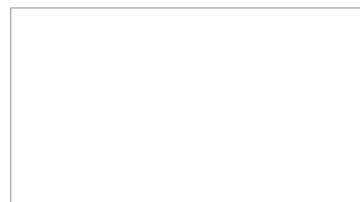
Médecin (titulaire) :

Service :

Hôpital/structure :

Téléphone :

E-mail :



### Signes rénaux

Insuffisance rénale :  NON  OUI Stade : .....

Age à l'insuffisance rénale terminale : .....

HTA :  NON  OUI

Hématurie :  NR  microscopique  macroscopique

Microalbuminurie :  NR  NON  OUI : .....(mg/24h) ou (mg/l)

Albuminurie :  NR  NON  OUI : .....(mg/24h) ou (mg/l)

Protéinurie :  NR  NON  OUI : .....(mg/24h) ou (mg/l)

Créatininurie :  NR  NON  OUI : .....(mg/24h) ou (mg/l)

Hypocalciurie :  NR  NON  OUI

Cystinurie :  NR  NON  OUI

Présence de calculs :  NON  OUI Age d'apparition : .....

Hyperuricémie :  NR  NON  OUI

Goutte :  NON  OUI Age d'apparition : .....

Anomalie morphologique :

Kystes :  NR  NON  OUI Age de découverte : .....

Hypoplasie/aplasie :  NON  OUI

