

**Diagnostic Génétique des Tumeurs Endocrines - Fiche de renseignements cliniques-**  
Réseau INCa des laboratoires d'oncogénétique constitutionnelle des tumeurs endocrines

**Nom du Médecin Prescripteur :** .....

**Adresse du Médecin Prescripteur :** .....

**Date de la prescription :** .....

**Nom du Patient :** .....

Nom de jeune fille : .....

**Prénom :** .....

**Sexe :**  Masculin  Féminin

**Date de naissance :** |\_.|. |\_.|. |\_.|.|.|.|. |

**Statut :**  Cas index  
 Apparenté d'une famille porteuse d'une mutation identifiée

Nom de famille du cas-index : .....

Gène muté : ..... Mutation identifiée : .....

1<sup>er</sup> prélèvement  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)**

**PARAGANGLIOME (PGL) et/ou PHÉOCHROMOCYTOME (PHEO)** Année du diagnostic : .....

PHEO unique  PGL thoraco-abdomino-pelvien (extra-surrénal)  PGL tête et cou  
 PHEO bilatéral ↳  unique  multiple ↳  unique  multiple

Y-a-t-il des **métastases** :  Oui  Non

Métanéphrines >N  Oui  Non

Normétanéphrines >N  Oui  Non

3-Methoxytyramine >N  Oui  Non

**Résultats (si disponibles) des analyses immunohistochimiques de la pièce tumorale**

SDHB  Positive  Négative SDHA  Positive  Négative

MAX  Positive  Négative

**CANCER MEDULLAIRE DE LA THYROÏDE** (prouvé histologiquement) Année du diagnostic : .....

Elévation de la calcitonine de base  Oui  Non  Ne sais pas

**HYPERPARATHYROÏDIE** Année du diagnostic : .....

Adénome(s) parathyroïdien(s)  Hyperplasie des parathyroïdes  Cancer parathyroïdien  
↳ unique  ↳ multiple

Calcémie  < 3,3 mM  ≥3,3 mM

Elévation de la PTH  Oui  Non  Ne sais pas

**TUMEUR ENDOCRINE DUODÉNO-PANCRÉATIQUE** Année du diagnostic : .....

Unique  Multiple

Insulinome  Gastrinome  Glucagonome  VIPome  Non fonctionnelle

Autre, préciser : .....

**TUMEUR HYPOPHYSAIRE** Année du diagnostic : .....

Macroadénome..  Microadénome

Prolactine  GH  Autre, préciser

**AUTRE TUMEUR ENDOCRINE** Année du diagnostic : .....

préciser : .....

**Autres lésions évoquant une NEM 2, 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**