

## 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**