

Nom du Médecin Prescripteur :

Adresse du Médecin Prescripteur :

Date de la prescription :

Nom d'usage du Patient :

Nom de naissance :

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^{er} 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 :

Élévation 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

Élévation 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 :