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 : Conservation Perte Non réalisée

SDHA : Conservation Perte Non réalisée

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 :