Prescripteur ……..……..……..……...……...

Service …..……...……...…….

NOM d'usage ……..……..

NOM de naissance ……..……..

Prénom ……..……..……....

N° DNA……...……..……

Sexe (M ou F) |__|

Date de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|

Poids (kg) |__|__|__| Taille (cm) |__|__|__|

Lieu de naissance..…..……..……

Ethnie (1 = Caucase - 2 = Afrique - 3 = Asie) |__|

1- ANTECEDENTS

HTA (O/N) |__|

Année de diagnostic |__|__|__|__|

Hypokaliémie (K ≤ 3,9 mmol/l) (O/N) |__|

Année de diagnostic |__|__|__|__|

Histoire familiale d'HTA (O/N) |__|
(si oui joindre au dos un arbre généalogique en indiquant en foncé les apparentés avec HTA et l'année de diagnostic)

Hyperaldostéronisme familial (O/N) |__|
(si oui joindre au dos un arbre généalogique en indiquant en foncé les apparentés avec HAP et l'année de diagnostic)

2- EXAMEN CLINIQUE et CARDIAQUE

Date de l'examen :
……..……..

PAS (mm Hg) |__|__|__| PAD (mm Hg) |__|__|__|

Insuffisance Coronaire (O/N) |__|

AVC (O/N) |__|

ECG
Sokolow :……..……..…

Echographie cardiaque : ……..……...…

Diamètre VG-TD : ……..……..…….

Septum interventriculaire : ……...……

Paroi postérieure : ……..……...….

3 – EXAMENS BIOLOGIQUES STANDARDS

Date de l'examen : ……..……..…….....

Plasma

Créatinine (µmol/l) |__|__|__| Acide Urique (µmol/l) |__|__|__|

Na+ (mmol/l) |__|__|__| K+ (mmol/l) |__|,__|

Glyc à jeun (mmol/l) |__| ,|__| Triglycérides (mmol/l)) |__|,|__|__|

Cholestérol total (mmol/l) |__| ,|__|__| HDL (mmol/l) |__| ,|__|__|

Urines des 24h **vol urinaire : ……. ml**

Kaliurèse (mmol/l) |__|__|__| Kaliurèse des 24h (mmol) |__|__|__|

Natriurèse (mmol/l) |__|__|__| Natriurèse des 24h (mmol) |__|__|__|

Créatinine U (mmol/l) |__|__| Creatinine U des 24h (mmol) |__|__|__|

4 – EXPLORATION DU SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE

Date de l'examen : ……..……..…….....

ARP (ng/ml/h) couchée |__|,|__|__| debout |__|,|__|__|

Rénine active (pg/ml) couchée |__|__| debout |__|__|

Aldostérone Pl. (pg/ml) couchée |__|__|__| debout |__|__|__|

Aldostérone U des 24h (nmol) |__|__|

Cortisol libre U des 24h (nmol) |__|__|__|

5- TRAITEMENT EN COURS

Score traitement |__|__|__|

Inhibiteur calcique (O/N) |__| :……..……..…….....

Alpha bloquant (O/N) |__|.:.....……..…….....

Antihypertenseur central (O/N) |__| *:* ……..……..…….....

Bétabloquant (O/N) |__| *:* ……..……..…….....

IEC (O/N) |__| *:* ……..……..…….....

ARA II (O/N) |__| *:* ……..……..…….....

Diurétique (O/N) |__| *:* ……..……..…….....

Anti-Aldostérone (O/N) |__| : ……..……..…….....

6- EXAMENS DE LATERALISATION

SCANNER surrénalien (O/N) |__|

Adénome (O/N) |__|

si oui , G ou D |__|

Taille :……..……..……

Commentaires : ……

……..……..……

KT VEINEUX surrénalien (O/N) |__|

Latéralisation (O/N) |__|

si oui , G ou D |__|

Rapport Aldo/Cortisol à Dte : ….……..……..….

Rapport Aldo/Cortisol à Gche : ….……..……..……..….

7- DECISIONS THERAPEUTIQUES

Traitement Chirugical (O/N) |__|

si oui , date intervention prévue ……

Traitement Médical (O/N) |__|

si oui , traitement prévu :……..……..……

……

8- PROTOCOLES ET TEST GENETIQUES

Inclusion dans COMETE (O/N) |__|

si oui , date consentement :……..……

Demande de test GRA ou FH3 (O/N) |__|

si oui , date consentement et test :……..…..……...