|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 identifiéeNom de famille du cas-index : ………………………………..Gène muté : ……………………… Mutation identifiée : ……………………… [ ]  **1er 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 :

[ ]  PGL ou PHEO **unique** [ ]  PGL **multiple** [ ]  PHEO **bilatéral**

[ ]  Surrénale [ ]  Tête et Cou [ ]  Thoraco-Abdomino-Pelvien (extra-surrénal)

 ⮡ nombre : ⮡ nombre : ⮡ nombre :

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

PGL **non secrétant**: [ ]  Oui [ ]  Non

PGL **secrétant** ou PHEO [ ]  Oui [ ]  Non

Métanéphrines totales >2 fois la normale [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Ne sais pas

[ ]  **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 [ ]  30-100pg/ml [ ]  >100pg/ml [ ]  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 :