

Fiche de renseignements des données cliniques et biologiques

Coordinateur du Centre de Référence

Pr Edouard Bardou-Jacquet
edouard.bardou-jacquet@chu-rennes.fr

Secrétariat

Béatrice Leclerc
beatrice.leclerc@chu-rennes.fr

Tel : 02 99 28 41 41
Fax : 02 99 28 41 12

**Service des Maladies du Foie
Centre de Dépistage Familial
de l'Hémochromatose**

Pr. Edouard Bardou-Jacquet

Dr Mathilde LALAND
mathilde.laland@chu-rennes.fr

Dr Lénaïck Detivaud (ARC)
lenaick.detivaud@univ-rennes1.fr

Laboratoire de Génétique Moléculaire

Tel : 02 99 28 42 71

Dr Houda Hamdi-Roze
houda.hamdi@chu-rennes.fr

UF de Biochimie spécialisée

Tel : 02 99 28 42 75

Dr Martine Ropert
martine.ropert@chu-rennes.fr

Service d'Anatomie pathologique

Dr Bruno Turlin
bruno.turlin@chu-rennes.fr

Equipe Fer et Foie – INSERM U991

Dr. Olivier Loréal
olivier.loréal@univ-rennes1.fr

Service de radiologie

Pr Yves Gandon
yves.gandon@chu-rennes.fr

Service de rhumatologie

Pr Pascal Guggenbuhl
pascal.guggenbuhl@chu-rennes.fr

PATIENT			
Nom			
Prénom			
Titre	<input type="checkbox"/> Mr	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mlle
Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> ND
Date de naissance jj/mm/aaaa			

MÉDECIN PRESCRIPTEUR			
Nom			
Prénom			
	<input type="checkbox"/> Mr	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mlle
Adresse			
Code postal			
Ville			
Tel			
Fax			
Courriel			

Demande d'avis diagnostique

Demande d'analyse génétique

Précisez :

Date de la demande :

ANONYMISATION CODAGE
N° CRfer
N° famille CRfer

Centre de référence des Hémochromatoses et autres maladies métaboliques du fer
Fiche de renseignements des données cliniques et biologiques

TERRAIN				
N°CRFer				
DATE DU DIAGNOSTIC (constatation des anomalies)				
Bilan systématique		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	HTA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Signes non liés au fer		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	dyslipidémie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Signe d'appel lié au fer Préciser (en clair)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	Hyperuricémie / goutte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
			Diabète. insulino-dépendant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
GÉNOTYPE	Mutation		Diabète non insulino-dépendant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
HFE	C282Y	0 - 1 - 2 - ND		
			BIOMÉTRIE	
TRAITEMENTS			Poids (kg)	
Transfusionnel (GR)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	Taille (cm)	
En cours :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	Tour de taille (cm)	
Martial		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	FEMMES	
Durée :			Nbre grossesses	
DONS DE SANG		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	Ménopause	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Date premier don			Année	
Date dernier don			Examen ophtalmologique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Nbre total de dons			cataracte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
ALCOOL	Actuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND		
	Passé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	Contexte Familial	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Nbre de doses / jour			si oui liens de parenté / arbre généalogique	
Abstinent [ABS] Occasionnel sans précision [OSP] Occasionnel non excessif [ONE] Occasionnel excessif [OE] Régulier sans précision [RSP] Régulier non excessif [RNE] Régulier excessif [RE] Excessif sans précision [ESP] Non excessif sans précision [NESP] Indéterminé [ND]				
Contexte clinique particulier ? Maladie hématologique ? Préciser				

Centre de référence des Hémochromatoses et autres maladies métaboliques du fer
Fiche de renseignements des données cliniques et biologiques

EXPRESSION CLINIQUE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC AVANT TRAITEMENT			
N°CRfer			
Asthénie chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	Echographie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Atteinte peau & phanères	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	Hépatomégalie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Ostéo-arthropathie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	Hyperéchogénéicité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
IPP / MCP / MTP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	IRM	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Cheville ou poignet	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	Date :	
Genou ou hanche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	CHF IRM (µmol/g)	
Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	Stéatose IRM	
Hypogonadisme (homme)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	Surcharge fer dans rate	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
Cardiopathie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	Fer dans la rate (µmol/g)	
si oui préciser		Biopsie hépatique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
		Communication possible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
		adresse du laboratoire	
Hépatopathie clinique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND		
Hépatomégalie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	Fibrose (0-4)	
atteinte neurologique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND	Stéatose (%)	
si oui préciser		fer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
		localisation du fer	
		Fibroscan	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND
		Elasticité (Kpascal)	
Commentaires			

Centre de référence des Hémochromatoses et autres maladies métaboliques du fer
Fiche de renseignements des données cliniques et biologiques

BIOLOGIE (au moment du diagnostic avant traitement et évolution éventuellement)					
N° CRFer					
Examen	Date	Date	Date	Date	Unités (LSN) si normes ≠
Fer sérique (12,5-25 µmol/L)					
Transferrine (2-3,8 g/L)					
Saturation Transferrine (23-46 %)					
Ferritine (< 345 [76] µg/L)					
Céruleoplasmine (0,18-0,6 g/L)					
CDT (< 1.6%)					
CK (20-195 UI/L)					
ASAT (<35 UI/L)					
ALAT (<45 UI/L)					
Palc (100-290 UI/L)					
GGT (<55 UI/L)					
Bili totale (5-17 µmol/L)					
Bili non conjuguée (< 15 µmol/L)					
Taux de prothrombine (70-120 %)					
Cholestérol Total (4-6,2 mmol/L)					
Triglycérides (0,6-1,7 mmol/L)					
Glycémie (3.9-6.1 mmol/l)					
Hématies (4,7-6,10 Téra/L)					
Hémoglobine (14-18 g/dl)					
Hémoglobine glyquée (4.3-6.1 %)					
VGM (80-95 fl)					
Réticulocytes (20-120 Giga/L)					
CRP (mg/L)					
TRAITEMENT INITIAL					
Date de début			Volume par saignée :		
Date de fin					
Nbre de grammes de fer soustrait (1 L sang = 0.5 g de fer)			Rythme des saignées :		
Obtention désaturation (ferritine ≤ 50) µg/l)	_ Oui _ Non _ ND				
Tolérance (anémie ? Asthénie ?....)					