

**Fiche de renseignements cliniques**  
**Prescription d'un panel de stéroïdes**

**PATIENT** **MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexe :  F  M  ND

Nom du médecin : .....  
Service : .....  
Adresse : .....  
CP : \_\_\_\_\_ Ville : .....  
Mail : .....  
Téléphone : .....

**DOSAGE DE STÉROÏDES PLASMATIQUES**

Date et heure du prélèvement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min  
Isolé :  OUI  NON  
Test :  Synacthène  hCG  Autre

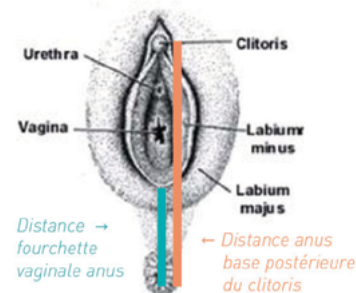
**Motif de demande d'un dosage de stéroïdes**

Anomalie des organes génitaux à la naissance :  OUI  NON

Si la réponse est **OUI** : Description anatomique

- Bourgeon génital :**
  - Hypospade  Antérieur  Moyen  Postérieur
  - Coudure  OUI  NON
  - Taille : .....
  - Hypoplasie de la face ventrale  OUI  NON
- Fusion des bourrelets génitaux**  Totale  Partielle
- Gonade palpable**  Droite  Gauche
- Position**  Scrotale bas  Scrotale haut  Inguinale
- Orifices périnéaux visibles**  Vaginal  Urétral  Non évalué
- Utérus à l'écho**  OUI  NON  Non évalué
- Mesure du rapport ano génital :** .....

= Distance fourchette vaginale Anus / Distance anus base postérieure du clitoris →



**Recherche d'un trouble de la biosynthèse des stéroïdes :**

- Anomalie des organes génitaux :**  OUI  NON → le(s)quel(s) (cf ci-dessus)
- Pilosité axillaire :** A..... **Pilosité pubienne :** P.....
- Anomalie du développement de la pilosité chez l'homme :**  OUI  NON → région concernée : .....
- Développement testiculaire volume :** .....ml **Taille de la verge :** .....mm
- Développement glande mammaire :** S..... **Gynécomastie chez le garçon :**  OUI  NON
- Age osseux :** .....  Non évalué
- Hirsutisme :**  OUI  NON
- Acnée :**  OUI  NON
- Cycles menstruels :**  Réguliers  Irréguliers / Spanioménorrhée
- Infertilité :**  OUI  NON
- HTA :**  OUI  NON
- Traitement :**  OUI  NON → le(s)quel(s).....

Merci de retourner cette fiche de renseignements jointe aux prélèvements :

- par fax : 01 49 59 17 98
- par mail : jean-marc.vandernotte@biomnis.com
- ou par courrier : Dr. Jean-Marc VANDERNOTTE- 78 avenue de Verdun – BP 110 – 94208 Ivry-sur-Seine cedex