eurofins | Biomnis

Fiche de renseignements cliniques
Growth Hormone Releasing Hormone (GHRH)

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin : .....

Service : .....

Adresse : .....

.....

CP : _ _ _ _ _ Ville : .....

Mail du médecin : .....

PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Sexe : ☐ F ☐ M

Date de prélèvement : _ _ / _ _ / _ _ _ _

INDICATION DU DOSAGE DE GHRH

☐ **Recherche d'une acromégalie induite par une sécrétion ectopique de GHRH**

Précisez la date du diagnostic d'acromégalie : _ _ / _ _ / _ _ _ _

- ☐ Bilan systématique d'acromégalie clinico-biologique
- ☐ Acromégalie clinico-biologique sans image d'adénome hypophysaire
- ☐ Acromégalie non guérie par la chirurgie hypophysaire
- ☐ Acromégalie clinico-biologique associée à une histoire tumorale extra-hypophysaire

Précisez la localisation et le type tumoral : .....

et la date du diagnostic : _ _ / _ _ / _ _ _ _

- ☐ Autres : .....

☐ **Bilan systématique de tumeur endocrine**

☐ **Surveillance d'une acromégalie induite par sécrétion ectopique de GHRH**

- ☐ Après chirurgie, date de la chirurgie : _ _ / _ _ / _ _ _ _
- ☐ Sous traitement médical : .....

☐ **Autres** - précisez : .....

IRM HYPOPHYSAIRE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC D'ACROMÉGALIE

Résultat : .....

.....

.....

BILAN BIOLOGIQUE RÉALISÉ

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _

	Résultat	Unité	Valeurs de référence	Trousse
GH				
GH / HGPO (base et nadir)				
IGF-1				
Prolactine				
Chromogranine A				
Autres sécrétions				

Ces analyses font l'objet d'une retransmission dans le cadre d'un partenariat avec les Hospices Civils de Lyon.

Hospices Civils de Lyon

R48 - Avril 2017

eurofins | Biomnis

Fiche de renseignements cliniques
Growth Hormone Releasing Hormone (GHRH)

ANTÉCÉDENT DE NEM-1

☐ **Atcd personnels évocateurs :** ☐ OUI, précisez : .....
☐ NON

☐ **Mutation MEN-1 :** ☐ OUI ☐ NON ☐ Non recherchée

☐ **Atcd familiaux :** ☐ OUI ☐ NON

IMAGERIE RÉALISÉE POUR RECHERCHER UNE TUMEUR ENDOCRINE RESPONSABLE DE LA SÉCRÉTION DE GHRH

☐ **Radiographie pulmonaire** Résultat : .....

☐ **Echographie abdominale** Résultat : .....

☐ **TDM** Site exploré : .....
Résultat : .....

☐ **IRM** Site exploré : .....
Résultat : .....

☐ **Scintigraphie des récepteurs de la somastostatine** Résultat : .....

☐ **PET scan** Résultat : .....

☐ **Echo-endoscopie** Résultat : .....

☐ **Autres** Précisez : .....

TUMEUR ENDOCRINE RESPONSABLE DE LA SÉCRÉTION DE GHRH

Déterminée ☐ OUI ☐ NON

Preuve histologique (biopsie, chirurgie) ☐ OUI ☐ NON

Localisation primitive : .....

Taille de la tumeur primitive : .....

Existence de métastases au diagnostic ☐ OUI ☐ NON
Si oui, localisations : .....

Description anatomopathologique : .....

Immunomarquage GHRH ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Non réalisé

Ces analyses font l'objet d'une retransmission dans le cadre d'un partenariat avec les Hospices Civils de Lyon.

Hospices Civils de Lyon

R48 - Avril 2017