

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE-ANGERS**

**Centre de Référence des Pathologies de la Réceptivité Hormonale**  
(Pr Rodien-Pr Coutant)

**Laboratoire de Biologie Moléculaire**  
(Dr Prunier-Mirebeau)

4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 09 ; Tel: 02.41.35.79.30

site: www.maladies-endocriniennes.fr

**Pour le bon fonctionnement du Centre de Référence, merci de bien vouloir remplir ce document et l'adresser avec le prélèvement (2 tubes EDTA avec consentement)**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**Anomalie de la réceptivité aux gonadotrophines (dont récepteurs de la  FSH de la  LH)**

Identité du patient

Médecin référent (demandeur)

Nom:.....Lieu de naissance.....  
Prénom:.....Lieu de résidence.....  
DN:...../...../.....

Nom:.....Prénom:.....  
Localisation.....  
Tel:...../...../...../...../.....

**Patient:**  propositus  dépistage familial : **Mutation connue?** .....

**Date du diagnostic:** ..... **Date du prélèvement sanguin:** .....

**Phénotype clinique( à préciser) :**

**Sujet de sexe féminin (XX)**

Age de début de puberté:

- Kyste ovarien de l'enfant  Oui  non  
 Age à la ménarche:

- Impubérisme/ Retard pubertaire/ Insuff ovarienne prématurée  
 Aménorrhée primaire  Aménorrhée secondaire  A quel âge?:  
 Sd d'hyperstimulation ovarienne  Spontané  Iatrogène  
 Hyperandrogénie ovarienne non expliquée  Infertilité (ou résistance aux gonadotrophines)

Autres:

**Sujet de sexe masculin (XY)**

- Anomalie du développement sexuel  Cryptorchydie  Micropénis  Hypospadias  
 Impubérisme/ Retard pubertaire .....  Hypogonadisme hypergonadotrope inexpliqué  
 Testotoxicose  Autres:

**Explorations biologiques:**

Estradiol trousse:..... N: (date: .....)  
Testostérone: trousse:.....N: (date: .....)  
Inhibine B trousse:.....N: (date: .....)  
AMH: trousse:.....N: (date: .....)  
FSH trousse:.....N: (date: .....)  
LH trousse:.....N: (date: .....)  
Test à la GnRH  LH (pic)  FSH (pic)  Non fait  
Test à l'hCG:  Estradiol- base: - pic: /  Testostérone -base: pic:  Non fait  
Spermogramme:  
Caryotype:  
Autres:

**Imagerie:**

Echographie ovarienne:  
Ovaire Dt.  Taille: Long: Larg:  .Nbre de follicules  Taille des follicules:  
Ovaire G  Taille Long: Larg:  .Nbre de follicules  Taille des follicules:  
Echographie Utérine  Hauteur mm  Largeur mm  Rapport corps/col.....  Muqueuse..... mm  
  
Echographie testiculaire  
Testicule Dt.  Taille: Long: Larg:  
Testicule G  Taille Long: Larg:

**Traitements** (à préciser):

**Arbre généalogique** (à préciser si dépistage familial) (patient prélevé = flèche; patients atteints = croix)