

Fiche de renseignements des données cliniques et biologiques

**Coordinateur du Centre de Référence**

Pr Edouard Bardou-Jacquet  
[edouard.bardou-jacquet@chu-rennes.fr](mailto:edouard.bardou-jacquet@chu-rennes.fr)

**Secrétariat**

Béatrice Leclerc  
[beatrice.leclerc@chu-rennes.fr](mailto: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 Lénaïck Detivaud (ARC)  
[lenaick.detivaud@univ-rennes1.fr](mailto:lenaick.detivaud@univ-rennes1.fr)

**Laboratoire de Génétique Moléculaire**  
Tel : 02 99 28 42 71

Dr Houda Hamdi-Roze  
[houda.hamdi@chu-rennes.fr](mailto:houda.hamdi@chu-rennes.fr)

**UF de Biochimie spécialisée**  
Tel : 02 99 28 42 75

Dr Martine Ropert  
[martine.ropert@chu-rennes.fr](mailto:martine.ropert@chu-rennes.fr)

**Service d'Anatomie pathologique**

Dr Bruno Turlin  
[bruno.turlin@chu-rennes.fr](mailto:bruno.turlin@chu-rennes.fr)

**Equipe Fer et Foie – INSERM U991**

Dr. Olivier Loral  
[olivier.loral@univ-rennes1.fr](mailto:olivier.loral@univ-rennes1.fr)

**Service de radiologie**

Pr Yves Gandon  
[yves.gandon@chu-rennes.fr](mailto:yves.gandon@chu-rennes.fr)

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

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

Demande d'avis diagnostique

Demande d'analyse génétique

Précisez : .....

Date de la demande :

| <b>ANONYMISATION CODAGE</b> |
|-----------------------------|
| N° CRfer                    |
| N° famille CRfer            |

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

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

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

| <b>EXPRESSION CLINIQUE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC AVANT TRAITEMENT</b> |                                                                                       |                           |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>N°CRfer</b>                                                      |                                                                                       |                           |                                                                                       |
| <b>Asthénie chronique</b>                                           | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND | <b>Echographie</b>        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND |
| <b>Atteinte peau &amp; phanères</b>                                 | <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 |
| <b>Ostéo-arthropathie</b>                                           | <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 | <b>IRM</b>                | <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              |                                                                                       |
|                                                                     |                                                                                       | Surcharge fer dans rate   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND |
|                                                                     |                                                                                       | Fer dans la rate (µmol/g) |                                                                                       |
| <b>Hypogonadisme (homme)</b>                                        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND | <b>Biopsie hépatique</b>  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND |
| <b>Cardiopathie</b>                                                 | <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 |
| si oui préciser                                                     |                                                                                       | adresse du laboratoire    |                                                                                       |
|                                                                     |                                                                                       |                           |                                                                                       |
| <b>Hépatopathie clinique</b>                                        | <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)             |                                                                                       |
| <b>atteinte neurologique</b>                                        | <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       |                                                                                       |
|                                                                     |                                                                                       |                           |                                                                                       |
|                                                                     |                                                                                       | <b>Fibroscan</b>          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ND |
|                                                                     |                                                                                       | Elasticité (Kpascal)      |                                                                                       |
| <b>Commentaires</b>                                                 |                                                                                       |                           |                                                                                       |

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

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