

**Georg-August-Universite de Göttingen**  
Universitätsklinikum-Zentrum Innere Medizin  
Abteilung für Nephrologie und Rheumatologie  
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. G. A. Müller  
**FAX +49-551-39-8906**



## ***Questionnaire clinique sur le syndrome d'Alport***

**Données relatives à la personne ou au numéro d'identification du patient**

***Nom***

***Prénom***

***Date de naissance***

***Sexe***

***Nationalité***

***Taille et poids***

***Numéro d'identification***

**Centre médical responsable/cachet du médecin responsable**

***Date***

***Merci beaucoup!***

**Prière d'envoyer à:**



**PD Dr. O. Gross, FASN**  
**Abt. Nephrologie&Rheumatologie**  
Robert-Koch-Str. 40  
37075 Göttingen  
Germany  
Tel. +49-551-39-8912 o. 6331  
**Fax +49-551-39-8906**  
gross.oliver@med.uni-goettingen.de  
www.alport.de



## **1. Anamnèse familiale**

### **1.1 Transmission par le chromosome X**

*oui*

*probable*

*éventuellement intégrer ici l'arbre généalogique*

### **1.2 Transmission autosomique**

*oui*

*probable*

### **1.3 Mode de transmission inconnue**

*Pas de données familiales*

*patient unique*

### **1.4 Mode de transmission connue**

Qui dans votre famille est/a été atteint (ou arbre généalogique), et quelles sont les symptômes (surdité, atteintes oculaires, atteinte rénale, léiomyomatose)?

◦ 1.)

◦ 4.)

◦ 2.)

◦ 5.)

◦ 3.)

◦ 6.)

1.4.1 Quand le diagnostic de syndrome d'Alport a-t-il été posé chez un membre de votre famille?

◦ 1.)

◦ 4.)

◦ 2.)

◦ 5.)

◦ 3.)

◦ 6.)

1.4.2 Est-ce-que le membre de votre famille a dû être dialysé (e), et, si oui, à quel âge ?

◦ 1.)

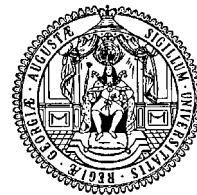
◦ 4.)

◦ 2.)

◦ 5.)

◦ 3.)

◦ 6.)



## **2. Données relatives au patient**

### **2.1 Depuis quand le syndrome d'Alport est-il connu chez vous?**

◦

### **2.2 Est-ce-qu'une biopsie rénale a été réalisée chez vous?**

oui. Si oui, à quel âge et quel est le résultat (joindre évent. la copie des résultats).

non

### **2.3 Est-ce-qu'une recherche moléculaire génétique/analyse de mutation a été réalisée?**

oui. Si oui, à quel âge et quel est le résultat (joindre évent. la copie des résultats)

non

## **3. Données cliniques et évolution des paramètres**

### **3.1 Quels sont les médicaments (tous) que vous prenez et depuis quel âge ?**

- |   |                               |   |                               |
|---|-------------------------------|---|-------------------------------|
| ◦ | <input type="checkbox"/> Age: | ◦ | <input type="checkbox"/> Age: |
| ◦ | <input type="checkbox"/> Age: | ◦ | <input type="checkbox"/> Age: |
| ◦ | <input type="checkbox"/> Age: | ◦ | <input type="checkbox"/> Age: |
| ◦ | <input type="checkbox"/> Age: | ◦ | <input type="checkbox"/> Age: |
| ◦ | <input type="checkbox"/> Age: | ◦ | <input type="checkbox"/> Age: |

### **3.2 Prenez vous la Cyclosporine?**

oui

non

### **3.3 Êtes-vous traité par un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'Angiotensine?**

oui. Si oui, quel est le nom du médicament (dénomination commune internationale(DCI))  
et depuis quel âge le prenez-vous ?

non

## **4. Symptômes** (donner si possible les données exactes)

### **4.1 Atteinte rénale**

#### **4.1.1 Protéinurie (en gr/24 h ou en mg/dl)**

- Avant le début du traitement
- Après le début du traitement
- Par la suite



#### 4.1.2 Créatinine (en mg/dl)

- Avant début du traitement
- Après début du traitement
- Par la suite

#### 4.1.3 Clearance de la Créatinine (en ml/min.)

- Avant début du traitement
- Après début du traitement
- Par la suite

#### 4.1.4 Urée (en mg/dl)

- Avant début du traitement
- Après début du traitement
- Par la suite

#### 4.1.5 Cholestérol (en mg/dl)

- Avant début du traitement
- Après début du traitement
- Par la suite

#### 4.1.6 Pression artérielle

- Avant début du traitement
- Par la suite

#### 4.1.7 Êtes-vous un patient dialysé? Si oui, depuis quel âge ?

- oui       Age:       ou un membre de la famille est- il dialysé? A quel âge ?
- non

#### 4.1.8 Si vous avez été transplanté?

- oui,       si oui: un membre de la famille donneur (ex. : mère)
- ou donneur inconnu
- non

#### 4.1.9 Si vous avez été transplanté, quand et avec quel résultat / quelle évolution?

- Date                      ◦ Evolution



## **4.2 Autres Organes**

### **4.2.1 déficit auditif**

- oui    Age:                       Gravité du déficit (déficit auditif en décibel):  
 non

### **4.2.2 Lenticonus antérieur**

- oui                       Age  
 non  
 Autres atteintes oculaires

### **4.2.3 Autres symptômes (léiomyomatose, thrombopénie, etc..)**

## **4.4 Effet secondaire du médicament**

- Hyperkaliémie (taux de Potassium élevé)
- toux
- hypotension (tension artérielle diminuée)
- Insuffisance rénale aigue
- Rhabdomyolyse (fonte musculaire):
- Autres effets secondaires

**Merci pour votre collaboration!**

**S'il vous plait renvoyer à:**



**PD Dr. O. Gross, FASN**  
**Abt. Nephrologie&Rheumatologie**  
Robert-Koch-Str. 40  
37075 Göttingen  
Germany  
Tel. +49-551-39-8912 o. 6331  
**Fax +49-551-39-8906**  
gross.oliver@med.uni-goettingen.de  
www.alport.de