



PTEN Hamartoma Tumor Syndrome (PHTS)
Formulaire de renseignements cliniques

IDENTITÉ DU PATIENT

M F

Nom : _____
Prénom : _____
Date de Naissance : _____

Age au diagnostic clinique : _____
Dates des dernières nouvelles : _____
Date de renseignement du formulaire : _____

	OUI	NON	ND
1. LÉSIONS CUTANÉO-MUQUEUSES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Papules faciales péri-orificielles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Trichilemmomes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Si oui, merci de préciser combien :			
↳ Papillomatose orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Kératose Acrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Lésions verruqueuses des membres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Keratosis palmo-plantaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Autres lésions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Taches pigmentées du penis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Naevus épidermique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Autres :			
2. LÉSIONS DIGESTIVES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Type de lésion :			
○ Acanthosis glycogénique de l'œsophage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Polypes <u>gastriques</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Polypes <u>coliques</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Adénome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lipome sous-muqueux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ganglioneurome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hyperplasie lymphoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hamartome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Age de survenue :			
3. LÉSIONS THYROÏDIENNES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ Lésions bénignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Type de lésion :			
- Goître multi-hétéronodulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Adénome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autres :			
▪ Age de survenue :			
↳ Lésions pré-cancéreuses :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Microcarcinome papillaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Carcinome vésiculaire à invasion minime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Autres :			
↳ Cancer de la thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Type histologique :			
- Folliculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Papillaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Médullaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Age de survenue :			

	OUI	NON	ND
4. LÉSIONS MAMMAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Hypertrophie mammaire virginale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Mastopathie bénigne complexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Age de survenue :			
↵ Cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Atteinte unilatérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Atteinte bilatérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Type histologique :			
▪ Age au diagnostic :			
5. MACROCÉPHALIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Merci de préciser la taille du périmètre crânien :			
▪ PC = (en cm, percentile ou déviation standard)			
▪ Age à la mesure :			
6. ATTEINTE NEUROLOGIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Syndrome de Lhermitte-Duclos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Age au diagnostic :			
↵ Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Retard psycho-moteur / Retard mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Syndrome autistique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Autres :			
7. LIPOMATOSE et ANOMALIES VASCULAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Lipomes sous-cutanés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Age au diagnostic : _____ Nombre : _____			
↵ Angiolipomes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Age au diagnostic : _____ Nombre : _____			
↵ Lymphangiomes cutanés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Age au diagnostic : _____ Nombre : _____			
↵ MAV profonde ou « Shunting angio-lipoma »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Age au diagnostic : _____ Nombre : _____			
↵ Anomalies vasculaires intra-crâniennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Type de lésion :			
▪ Age au diagnostic : _____ Nombre : _____			
↵ Autres lésions vasculaires :			
↵ Hypertrophie asymétrique d'un membre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ATTEINTES URO-GÉNITALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Kystes ovariens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Fibromes / Léiomyomes utérins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Autres :			
9. AUTRES MALADIES TUMORALES MALIGNES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Cancer de l'endomètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Mélanome malin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Cancer du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Cancer colorectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↵ Autres :			
↵ Si oui, merci de préciser :			
▪ Type histologique :			
▪ Age au diagnostic :			