

QUESTIONNAIRE MEDICAL

HYPERFERRITINEMIES LIEES AU GENE FTL

INFORMATIONS GENERALES SUR LE PATIENT

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Poids (kg) :

Taille (m) :

Pays et/ou région d'origine :

Age au moment du diagnostic (années):

Patient apparenté à un (des) sujet(s) atteint(s) d'hyperferritinémie :

oui ☐ non ☐

Si oui, précisions (vous pouvez joindre un arbre familial) :

ELEMENTS BIOLOGIQUES

Au moment du diagnostic

o Fer sérique ($\mu\text{mol/L}$) :

o Saturation de la Transferrine (%) :

o Ferritine sérique ($\mu\text{g/L}$) :

o Ferritine sérique glycosylée (%) :

o Protéine C réactive (mg/L):

o Céruloplasmine (g/L) :

o ASAT (UI/L):

o ALAT (UI/L) :

ELEMENTS CLINIQUES

o Cataracte : oui ☐ non ☐ ; si oui, précisez :

o Atteinte neurologique : oui ☐ non ☐ ; si oui, précisez :

Autres Symptômes :

.....
.....
.....
.....
.....