TINU SYNDROME

Fiche de renseignement

CHU dijon

Dr Philip Bielefeld, Service de Médecine Interne et Maladies Systémiques

Legendre Mathieu, Néphrologie & Transplantation rénale

***Mode d’emploi :***

*Cette fiche nécessite de l’ordre de 15 à 25 minutes pour être remplie.* ***Merci d’avance pour le temps consacré !***

*Remplir si possible au format Word les cases dont vous avez connaissance des réponses, les autres pouvant rester vides.*

*Si certains résultats correspondent à différentes poussées merci de changer de couleur de caractère en fonction de la poussée à laquelle ce résultat correspond (noir : première poussée, rouge : seconde, bleu : troisième et vert quatrième). Evidemment plusieurs couleurs par case sont possibles*

***Identification du praticien ayant rempli cette fiche:***

Nom :

Prénom :

Fonction :

Service :

Centre Hospitalier / Ville :

***Identification du patient :***

2 premières lettes du nom :

2 premières lettes du prénom :

Date de naissance

Sexe  :

Principaux antécédents médicaux :

Fonction rénale initiale (avant toute symptomatologie) :

***Symptomatologie initiale :***

Date des premiers symptômes :

Date de la première consultation spécialisée (et quelle spécialité) :

Atteinte ophtalmique initiale O/N :

Atteinte rénale initiale O/N :

Intervalle séparant les 2 symptomatologies :

Autres symptômes :

Prise médicamenteuse dans les 3 mois précédents, si oui le(s)quel(s) :

Nouveaux médicaments dans les 3 mois précédents, si oui le(s)quel(s) :

***Existait-il durant la première année/ Lors du bilan initial:***

**Au niveau ophtalmologique :**

Une uvéite antérieure O/N (quel œil ?):

*Si oui* granulomateuse O/N (quel œil ?):

Une uvéite intermédiaire O/N (quel œil ?):

Une uvéite postérieure O/N (quel œil ?):

Résultat de l’angiographie :

Autre atteinte ophtalmologique :

Autre(s) donnée(s) à signaler :

**Au niveau néphrologique :**

Existait-il une IRA O/N :

Fonction rénale lors de la poussée :

Eosinophilurie O/N :

Leucocyturie aseptique :

Calcémie :

β₂-µglobuline urinaire :

Infection urinaire :

Magnésémie :

Phosphorémie :

Réserve alcaline :

Glycosurie :

Natriurèse :

Kaliurèse :

PH urinaire :

Calciurie :

Phosphaturie :

Albuminémie :

Protéinurie (g/jour) ou ratio protéinurie/créatininurie :

Date de ces prélèvements :

Hématurie macroscopique O/N :

Hématurie microscopique O/N :

Y-a-t-il eu une Ponction Biopsie Rénale O/N :

*Si oui*, date de la PBR :

Inflammation interstitielle O/N :

*Si oui*, type de cellules inflammatoire :

Granulome interstitiel O/N :

Atteinte glomérulaire O/N :

*Si oui,* quelle atteinte : (glomérulopathie, type de dépôt, nombre de glomérules atteints sur nombre de glomérules total) :

Fibrose interstitielle O/N :

Grade de la fibrose :

Autre(s) atteinte(s) à la biopsie :

**Au niveau biologique (merci de mettre si résultats dans les normes de votre laboratoire avec leurs limites de normalité):**

Syndrome inflammatoire (CRP, VS):

Anomalies à la numération formule sanguine (dont hyper éosinophilie):

Résultat immunofixation :

Sous classes IgG :

Sérologie hépatite B, C, VIH, TPHA, VDRL :

Quantiféron / IDR :

Sérologie Hantavirus :

ECA :

ANCA :

ANA :

ENA:

Anticorps anti mCRP :

Résultat myélogramme :

Résultat ponction biopsie osseuse :

Résultat de la biopsie des glandes salivaires :

Autre(s) donnée(s) à signaler :

**Bilan complémentaire :**

Résultat du scanner TAP (adénopathies médiastinales, atteinte pulmonaire, autre) :

Autres anomalies du bilan d’imagerie : 0

Anomalie à l’ECG :

***Suivi :***

Quel traitement a été entrepris (voie d’administration et durée):

Persistance des symptômes à la fin du traitement O/N :

Si oui le(s)quel(s) :

Y’a-il eu une ou plusieurs récidives (préciser la/les date(s)) tout au long du suivi:

De quel(s) type(s) :

Créatinine à la fin de la première année :

Récidive rénale ou Ophtalmo la première année et traitement ?

Traitement(s) entrepris pour traiter cette ou ces récidives (voie d’administration et durée)

Continuez-vous de voir ce patient en consultation O/N :

Si oui à quelle fréquence :

Date du dernier suivi :

Atteinte rénale lors du dernier suivi (si oui de quel type ?) :

Atteinte ophtalmique lors du dernier suivi (si oui de quel type ?) :