

FIRENDO_IOP

Questionnaire RCP

Date : ____ / ____ / ____

* Champ obligatoire

RCP

Question	Réponse
NOM du médecin référent : <i>Texte court</i>	
NOM du prescripteur : <i>Texte court</i>	
Age des premières règles : <i>Texte court</i>	
Age du diagnostic d'IOP : <i>Texte court</i>	
Date du prélèvement : <i>Date</i>	
FSH= <i>Texte court</i>	
LH= <i>Texte court</i>	
estradiol = <i>Texte court</i>	
AMH = <i>Texte court</i>	

Signes cliniques associés :

Question	Réponse
Cas familial <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Arbre généalogique à joindre <i>Fichier joint</i>	<i>Joindre le fichier</i>
Anticorps anti thyroïdiens= <i>Texte court</i>	

Anticorps anti 21 hydroxylase= <i>Texte court</i>	
Echographie pelvienne : <i>Choix multiple</i>	☐ ovaire droit ☐ ovaire gauche
Taille (droit) <i>Texte court</i>	
Nombre de follicules (droit) <i>Texte court</i>	
Taille (gauche) <i>Texte court</i>	
Nombre de follicules (gauche) <i>Texte court</i>	

Caryotype :

Question	Réponse
Nombre de triplets CGG du gène FMR1 : <i>Valeur numérique</i>	Valeur :
Analyse chromosomique sur puce à ADN (ACPA): <i>Texte court</i>	
Panel NGS ciblé IOP : <i>Texte court</i>	
Laboratoire : <i>Texte court</i>	
Date : <i>Date</i>	
Accord de principe des 2 parents <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Plateforme <i>Choix unique</i>	☐ SEQUOIA ☐ AURAGEN
Avis/Conclusions de la RCP : <i>Texte libre</i>	