

RCP SYNDROME DE TURNER ET GROSSESSE

Questionnaire RCP

Date : ____ / ____ / ____

* Champ obligatoire

Synthèse

Question	Réponse
<i>InformationalNote</i>	
Caryotype ? <i>Select</i>	
Caryo 45,X ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Age au diagnostic (ans) <i>Valeur numérique</i>	Valeur :
Détail du caryotype <i>Texte libre</i>	
<i>InformationalNote</i>	
Age (ans) <i>Valeur numérique</i>	Valeur :
Age (>35?) <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Taille (m) <i>Valeur numérique</i>	Valeur :
Poids (kg) <i>Valeur numérique</i>	Valeur :
IMC (kg/m²) <i>Valeur numérique</i>	Valeur :
<i>InformationalNote</i>	
HTA <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
/Précisions <i>Texte court</i>	

Bicuspidie <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
/Précisions <i>Texte court</i>	
Coarctation <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
/Précisions <i>Texte court</i>	
Chirurgie <i>CrossTable</i>	

Aorte

Question	Réponse
Précisez la date de l'année 1 (N1) <i>Date</i>	
Précisez la date de l'année 2 (N2) <i>Date</i>	
Précisez la date de l'année 3 (N3) <i>Date</i>	
Précisez la date de l'année 4 (N4) <i>Date</i>	
Précisez la date de l'année 5 (N5) <i>Date</i>	
Précisez la date de l'année 6 (N6) <i>Date</i>	
S² et Poids <i>CrossTable</i>	
<i>InformationalNote</i>	
Anneau <i>CrossTable</i>	
Valsalva <i>CrossTable</i>	
Jonction <i>CrossTable</i>	

Ao tubulaire <i>CrossTable</i>	
Crosse* <i>CrossTable</i>	
<i>InformationalNote</i>	
Valsalva <i>CrossTable</i>	
Ao tubulaire <i>CrossTable</i>	
<i>InformationalNote</i>	
Valsalva <i>CrossTable</i>	
Ao tubulaire <i>CrossTable</i>	
<i>InformationalNote</i>	
Progression <i>CrossTable</i>	
Commentaire <i>Texte libre</i>	

Antécédents

Question	Réponse
Diabète <i>CrossTable</i>	
Diabète ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Type <i>Texte court</i>	

Date du diagnostic <i>Date</i>	
<i>InformationalNote</i>	
Pathologies de la thyroïde ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Date du diagnostic <i>Date</i>	
Prise de LT4 ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
précisez la DCI <i>Texte court</i>	
Dose LT4 <i>Texte court</i>	
Date de la dernière dose <i>Date</i>	
Foie <i>CrossTable</i>	
Atteinte hépatique ? <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Date d'examen 1 <i>Date</i>	
Date d'examen 2 <i>Date</i>	
Biologie 1 <i>Select</i>	
Biologie 2 <i>Select</i>	
Biopsie 1 <i>Select</i>	
Imagerie 2 <i>Select</i>	
Imagerie 1 <i>Select</i>	
Biopsie 2	

Select	
InformationalNote	
Gestité Texte court	
Parité Texte court	
Nombre procédures don Texte court	
Nombre d'échecs don Texte court	
Nombre de fausses couches Texte court	
InformationalNote	
Ménarche spontanée Choix unique	☐ Oui ☐ Non
IOP Choix unique	☐ Oui ☐ Non
Age à l'IOP Texte court	
THS Choix unique	☐ Oui ☐ Non
DCI Texte court	
Durée du traitement (années) Texte court	
Préservation fertilité Choix unique	☐ Oui ☐ Non
Souhait d'adoption Choix unique	☐ Oui ☐ Non
InformationalNote	
Date du début de grossesse 1 Date	

Date du début de grossesse 2 <i>Date</i>	
Type de grossesse 1 <i>Select</i>	
Type de grossesse 2 <i>Select</i>	
Evènements gravidiques maternels 1 <i>Select</i>	
Evènements gravidiques maternels 2 <i>Select</i>	
Evènements fœtaux 1 <i>Select</i>	
Evènements fœtaux 2 <i>Select</i>	
Date d'accouchement 2 <i>Date</i>	
Date d'accouchement 1 <i>Date</i>	
Voie 1 <i>Select</i>	
Voie 2 <i>Select</i>	
Terme (SA) 1 <i>Texte court</i>	
Terme (SA) 2 <i>Texte court</i>	
Poids naissance (g) 1 <i>Valeur numérique</i>	Valeur :
Poids naissance (g) 2 <i>Valeur numérique</i>	Valeur :
Autre(s) pathologie(s) en lien avec le syndrome de Turner <i>Texte libre</i>	