

S. I. E. D. P.

GRUPPO DI STUDIO DELLA SINDROME DI TURNER

PATOLOGIA DELL'APPARATO URINARIO

CENTRO _____

Data compilazione |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DATI ANAGRAFICI

COGNOME |_|_|_|_| NOME |_|_|_|_|

DATA DI NASCITA |_|_|_|_|_|_|_|_| LUOGO DI NASCITA (Prov.) |_|_|_|

CARIOTIPO STANDARD* *(In caso di mosaicismo specificare percentuali) DATA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CARIOTIPO mediante FISH* DATA DI ESECUZIONE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ANAMNESI FAMILIARE: CONSANGUINEITA' SI |_| NO |_| GRADO |_|

STATURA Madre cm. |_|_|_|_|_|_| Padre cm. |_|_|_|_|_|_|_|_| Target cm. |_|_|_|_|_|_|_|_|

NEFROPATIE CONGENITE IN FAMIGLIA TIPO _____ PARENTE AFFETTO _____

NEFROPATIE ACQUISITE IN FAMIGLIA TIPO _____ PARENTE AFFETTO _____

IPERTENSIONE NO |_| SI' |_| PARENTE AFFETTO _____

PERIODO PRENATALE

ECO PRENATALE _____

LIQUIDO AMNIOTICO _____

PERIODO NEONATALE

APGAR 1' |_|_| 5' |_|_| PESO (g) |_|_|_|_|_| LUNGH (cm) |_|_| CC (cm) |_|_|_|

PATOLOGIE NEONATALI ASFISSIA |_| CONVULSIONI |_|

DISTRESS RESPIRATORIO |_| IPOGLICEMIA |_| ITTERO PROTRATTO |_|

SEPSI |_| ALTRE |_| _____

STIGMATE TURNERIANE :

ESPRESSIONE MINORE MODERATA SEVERA

(se possibile sarebbe utile avere una descrizione piu' dettagliata del fenotipo della paziente)

VISO:

- PTOSI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
- EPICANTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
- PALATO OGIVALE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
- MICROGNAZIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
- ORECCHIE BASSOIMPIANTATE E/O GRANDI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>

COLLO:

- CORTO, LARGO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
- PTERIGIUM COLLI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>

TORACE:

- TORACE LARGO A SCUDO, TELETELIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------

ARTI:

- CUBITO VALGO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
- IV METACARPO E/O METATARSO CORTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>

CUTE:

- LINFEDEMA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
- NUMEROSI NEVI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>
- CHELOIDI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NON SO <input type="checkbox"/>

VALUTAZIONE APPARATO URINARIO

DATA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DATI AUXOLOGICI (alla valutazione dell'apparato urinario)

ETA' CRONOLOGICA (anni, mesi in decimali) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ETA' OSSEA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

STATURA (cm) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| PESO (Kg) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SVILUPPO MAMMARIO (Tanner) dx |_|_| sn |_|_| PH (Tanner) |_|_|

ANAMNESI RENALE

INFEZIONI VIE URINARIE SI |_|_| NO |_|_|

NOTE _____

ESAME CLINICO

IPERTENSIONE SI |_|_| NO |_|_|

PA sistolica (mmHg) _____ Percentile per età e statura _____

PA diastolica (mmHg) _____ Percentile per età e statura _____

TERAPIA PA SI |_|_| NO |_|_| Farmaci _____

HOLTER PRESSORIO _____

ECOGRAFIA RENALE NORMALE |_|_| PATOLOGICA |_|_|

LUNGHEZZA DEL RENE DX (cm.) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| SN (cm) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SE PATOLOGICA: RENE A FERRO DI CAVALLO |_|_|

ANOMALIE DI ROTAZIONE DEL RENE |_|_|

AGENESIA RENALE MONOLATERALE |_|_|

RENE MULTICISTICO |_|_|

CISTI RENALE MONOLATERALE |_|_| BILATERALE |_|_|
CORTICALE |_|_| MIDOLLARE |_|_|

CALICOPIELECTASIE |_|_|

DOPPIO DISTRETTO COMPLETO |_|_|

DOPPIO DISTRETTO INCOMPLETO |_|_|

IDRONEFROSI |_|_|

INDAGINI LABORATORISTICHE DI FUNZIONALITA' RENALE

COLESTEROLO TOTALE (mg/dl) _____ valori normali di riferimento _____

COLESTEROLO HDL (mg/dl) _____ valori normali di riferimento _____

TRIGLICERIDI (mg/dl) _____ valori normali di riferimento _____

GLICEMIA (mg/dl) _____ valori normali di riferimento _____

INSULINA (microU/ml) _____ valori normali di riferimento _____

AZOTEMIA (mg/dl) _____ valori normali di riferimento _____

CREATININA (mg/dl) _____ valori normali di riferimento _____

CISTATINA C (mg/dl) _____ valori normali di riferimento _____

CISTOGRAFIA

SCINTIGRAFIA (specificare se con MAG3 o DMSA)

RMN

PER PAZIENTI MONORENE SCINTIGRAFIA CON DTPA
