**Date : /2025**



**Participants présents :**

**Médecin demandeur : (nom + service + hôpital)**

**PATIENT : DDN : NIP :**

**Experts demandés :**

Urologue /  Radiologue/  Neurochirurgien /  Pancréatologue /  Ophtalmologue /  Dermatologue / Généticien /  Endocrinologue /  Autre

**Question posée :**  relecture  avis thérapeutique  autre

**Pathologie :**

**ATCD :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Imagerie (date et type) | Dernière intervention : | Avis : |
| Cérébro-médullaire |  |  |  |
| Reins |  |  |  |
| Surrénales |  |  |  |
| Pancréas |  |  |  |
| Rétine |  |  |  |
| ORL |  |  |  |
| Autre |  |  |  |

**Autre antécédent :**

Grossesse / désir de grossesse

**Biologie :**

Créatininémie : mmol/L

Métanéphrines plasmatiques :

MN : nmol/L (< 0.4)

NMN : nmol/L (< 1.1)

Chromogranine A :

Métanéphrines urinaires :

Hémoglobinémie :

**Prochain bilan :**

* IRM SNC :
* IRM abdo-pelvienne :
* FO :
* Audiogramme :
* Echographie rénale :
* Autre :

**CONCLUSION et DECISION** :