



Document à transmettre avec la prescription et le consentement pour examen des caractéristiques génétiques/et ou conservation

Service de Cytogénétique Médicale - CHU Estaing - 1 place Lucie et Raymond Aubrac - 63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 1
Tel : 04 73 750 703 / 50 712 - Fax : 04 73 750 704

Identité patient (Étiquette)

Anomalies du développement

- Déficience intellectuelle ou troubles des apprentissages dans un cadre syndromique
- Malformations sans retard psychomoteur
- Déficience intellectuelle ou troubles des apprentissages isolés
- TED / Autisme
- Caractérisation d'une anomalie découverte au caryotype ou par une autre technique
- Autres(Précisez).....

Antécédents personnels et familiaux (arbre généalogique si disponible) :

<p>Histoire Périnatale</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prématurité <input type="checkbox"/> RCIU <input type="checkbox"/> Oligoamnios <input type="checkbox"/> Hydramnios <input type="checkbox"/> Autre <p>.....</p> <p>Croissance</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avance staturo-pondérale <input type="checkbox"/> Retard staturo-pondéral <input type="checkbox"/> Obésité <input type="checkbox"/> Autre <p>.....</p> <p>Développement moteur</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Retard de motricité fine <input type="checkbox"/> Retard de motricité globale <input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Autre <p>.....</p> <p>Cognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage <input type="checkbox"/> Retard mental QI/QID si connu : <input type="checkbox"/> Troubles globaux du développement <input type="checkbox"/> Retard de langage <input type="checkbox"/> Autre <p>.....</p>	<p>Comportemental</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Autisme <input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel-compulsif <input type="checkbox"/> Trouble psychiatrique <input type="checkbox"/> Autre <p>.....</p> <p>Neurologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ataxie <input type="checkbox"/> Dystonie <input type="checkbox"/> Chorée <input type="checkbox"/> Déficit du tube neural/Spina bifida <input type="checkbox"/> Crises épileptiques <input type="checkbox"/> Spasticité <input type="checkbox"/> Anomalies cérébrales : <p>préciser</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anomalie du cervelet <input type="checkbox"/> Autre <p>.....</p> <p>Cardiaque</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CIA <input type="checkbox"/> Canal atrioventriculaire <input type="checkbox"/> Rétrécissement de l'aorte <input type="checkbox"/> Hypoplasie ventriculaire gauche <input type="checkbox"/> Tétralogie de Fallot <input type="checkbox"/> CIV <input type="checkbox"/> Autre <p>.....</p>	<p>Cranio-faciale/Sensoriel</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fente labiale <input type="checkbox"/> Fente palatine <input type="checkbox"/> Craniosténose <input type="checkbox"/> Dysmorphie faciale <input type="checkbox"/> Macrocéphalie <input type="checkbox"/> Microcéphalie PC si connu <input type="checkbox"/> Colobome <input type="checkbox"/> Trouble visuel <input type="checkbox"/> Malformation des oreilles <input type="checkbox"/> Trouble auditif <input type="checkbox"/> Autre <p>.....</p> <p>Cutané</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hyperpigmentation <input type="checkbox"/> Hypopigmentation <input type="checkbox"/> Autre <p>.....</p> <p>Musculo-squelettal</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Contractures <input type="checkbox"/> Pied-bot <input type="checkbox"/> Hernie diaphragmatique <input type="checkbox"/> Anomalie des membres <input type="checkbox"/> Polydactylie <input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/> Syndactylie <input type="checkbox"/> Anomalie vertébrale <input type="checkbox"/> Autre <p>.....</p>	<p>Gastro-intestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Laparoschisis <input type="checkbox"/> Hirschsprung <input type="checkbox"/> Omphalocèle <input type="checkbox"/> Fistule trachéoesophagienne <input type="checkbox"/> Autre <p>.....</p> <p>Génito-urinaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ambiguïté sexuelle <input type="checkbox"/> Malformation des OGE <input type="checkbox"/> Hypospade <input type="checkbox"/> Hypogonadisme <input type="checkbox"/> Cryptorchidie <input type="checkbox"/> Anomalie de l'utérus <input type="checkbox"/> Malformation rénale <input type="checkbox"/> Hydronéphrose <input type="checkbox"/> Obstruction de l'urètre/uretère <input type="checkbox"/> Autre <p>.....</p> <p>Histoire familiale</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Parent ayant ≥ 2 FCS <input type="checkbox"/> Autres parents ayant une histoire clinique similaire (expliquez ci-dessus) <input type="checkbox"/> Consanguinité
---	---	--	---

Partie à compléter par le patient, l'autorité parentale du patient mineur, le représentant légal du patient sous tutelle :

L'analyse sur puce à ADN peut révéler des variations génomiques sans rapport avec l'indication de la prescription :

- Je souhaite être informé(e) des résultats ayant une conséquence clinique **en rapport avec la prescription**
- Je souhaite être informé(e) des résultats ayant une conséquence clinique **sans rapport avec la prescription**
- Je ne souhaite pas être informé(e) des résultats dont la **conséquence clinique est inconnue à ce jour**

Signature et nom du praticien :

Signature du patient / de l'autorité parentale du patient mineur / du représentant légal du patient sous tutelle*
(*rayer la mention inutile) :