

HÔPITAL BICÊTRE
Secteur Paul Broca – Niveau 3
78, rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE Cedex

**SERVICE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE,
PHARMACOGÉNÉTIQUE ET HORMONOLOGIE**

SERVICE DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE,
PHARMACOGÉNÉTIQUE ET HORMONOLOGIE

Fiche de Renseignements Cliniques : Neuropathies périphériques

Chef de Service :
Pr Anne GUIOCHON-MANTEL

GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE ET
PHARMACOGÉNÉTIQUE

Dr Jérôme BOULIGAND – MCU-PH
☎ : 01.45.21.35.88

Dr Bruno FRANCOU - PHC
☎ : 01.45.21.38.45

Courriel : prenom.nom@aphp.fr

Étiquette Patient	Prescripteur (Senior obligatoire)
	NOM, Prénom : _____ Hôpital : _____ Service : _____ Adresse : _____ Tél : _____ Fax : _____ Email : _____

*** : Informations indispensables. Pour les autres, ne remplir que si information connue de façon fiable.
Joindre un compte-rendu si disponible**

Information patient *:

Phénotype évoqué :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CMT | <input type="checkbox"/> Neuropathies Douloreuses / Petites fibres / HSAN |
| <input type="checkbox"/> CMT type I (démýélinisant) | <input type="checkbox"/> Hypersensibilité à la pression (HNPP) |
| <input type="checkbox"/> CMT type II (axonal) | <input type="checkbox"/> Amyotrophie névralgique (HNA) |
| <input type="checkbox"/> Neuropathies Motrices distales (dHMN) | <input type="checkbox"/> Amylose TTR -polyneuropathie (aTTR-PN) |
| <input type="checkbox"/> Paraplégique spastique (SPG) | |
| <input type="checkbox"/> Autre | |

L'individu prélevé est-il atteint ? OUI – NON

Est-ce le cas index ? OUI – NON

Si non, quel est son lien de parenté avec le cas index ?

Arbre généalogique * :

Autres remarques sur la famille ? (consanguinité, ...)

Retentissement fonctionnel / évaluation de la sévérité :

Retard d'acquisition de la marche (>20 mois) : OUI – NON (si oui préciser âge :)

Age de début des symptômes :

Aide à la marche : OUI – NON (si oui préciser âge :)

Perte de la marche : OUI – NON (si oui préciser âge :)

Mode de début : Mbres inférieurs- Mbres supérieurs- Examen systématique / autre plainte

ONLS : MS /5 + MI /7 = Total /12

Pour rappel : MS	Pour rappel : MI
0 : normal,	0 : aucune atteinte ;
1 : symptômes mineurs n'affectant aucune des fonctions listées,	1 : difficultés à monter/descendre les escaliers/courir mais marche semble normale ;
2 : atteinte d'une ou plusieurs des fonctions listées sans les empêcher ;	2 : la marche a l'air anormale mais sans aide ;
3 : empêche une ou plusieurs mais pas toutes les fonctions listées ;	3 : nécessite habituellement une aide à la marche ;
4 : empêche toutes les fonctions listées mais encore des mouvements possibles ;	4 : nécessite habituellement 2 aides à la marche ;
5 : empêche tout mouvement	5 : nécessite habituellement un fauteuil pour se déplacer 10 mètres, tient debout et peut faire un mètre avec l'aide d'une personne ;
	6 : fauteuil roulant permanent, quelques mouvements volontaires des MI ;
	7 : fauteuil ou lit la plupart du temps, pas de mouvement des MI

Informations cliniques :

MS = Membres Supérieurs

MI = Membres Inférieurs

MOTRICITE	Membres supérieurs	Membres inférieurs
Déficit moteur PROX		
Déficit moteur DISTAL		
ROT (+ présent, - absent)		
Rétractions tendineuses		
Amyotrophie		

SENSIBILITE	OUI	NON
Att sensibilité superficielle/tact		
Marche ataxique		
Hypopallesthésie MS		
Hypopallesthésie MI		
Romberg		

INSPECTION	OUI	NON
Scoliose		
Pieds creux		
Orteils en marteaux		
Autre		

Autres informations ?

ENMG :

Une seule des informations suffit :
 - VCM médian D :
 - VCM médian G :
 - moyenne des VCM médians :

Amplitude motrice <1mV aux MI : OUI – NON
 Amplitudes sensibles MI :
 - Potentiels non obtenus
 - Potentiels présents mais amplitude diminuée (<10)
 - Amplitudes normales

Signes associés :

NEURO	OUI	NON
Syndrome pyramidal		
Syndrome cérébelleux		
Troubles cognitifs		
Hyperlaxité		
Rétractions tendineuses		

DYSAUTONOMIE	OUI	NON
Hypotension orthostatique		
Troubles trophiques		
Troubles digestifs hauts ou bas		
Troubles génito-urinaires		
Dyshidrose		

AUTRE	OUI	NON
Anomalies ophtalmo		
Surdité		
Atteinte cordes vocales		
Autre		

A eu une consultation ophtalmo : OUI – NON

(si oui préciser si anomalie – cataracte, glaucome, rétinite pigmentaire, atrophie optique, etc :

Autres signes   détailler :

Date : le _____

Signature : _____