

Fiche de renseignements cliniques

Analyse Chromosomique sur Puce à ADN

Date de la demande :

- ☐ Prénatale
☐ Postnatale

Nom : **Prénom :** **DDN :** **Sexe :** F ☐ M ☐
Mère : Nom : **Prénom :** **DDN :**
Père : Nom : **Prénom :** **DDN :**

ANTECEDENTS

Origine géographique :
 Antécédents familiaux : oui ☐ non ☐ Précisez :

 Consanguinité oui ☐ non ☐ ND ☐

ANTENATAL :

Anomalies en période anténatale : oui ☐ non ☐ ND ☐
 Signes d'appel échographiques :

NEONATAL Terme : PN : (DS) TN : (DS) PC : (DS)

CROISSANCE / DEVELOPPEMENT

Croissance staturopondérale : Normale ☐ Retard ☐ Avance ☐ Taille : (DS) à an/mois
Croissance céphalique : Normale ☐ Microcéphalie ☐ Macrocéphalie ☐ PC : (DS) à an/mois

DYSMORPHIE CRANIO-FACIALE

oui ☐ non ☐
 Si oui, précisez :
 Merci de joindre des photos

ANOMALIES CARDIAQUES ET VASCULAIRES :

oui ☐ non ☐
 Si oui, précisez :

ANOMALIES NEUROLOGIQUES

oui ☐ non ☐
 Déficience intellectuelle légère ☐ modérée ☐ sévère ☐ Epilepsie ☐
 Troubles autistiques ☐ Hypotonie ☐
 Autres

ANOMALIES DES MEMBRES

oui ☐ non ☐
 Si oui, précisez :

ANOMALIES RENALES :

oui ☐ non ☐
 Si oui, précisez :

ANOMALIES GENITALES

oui ☐ non ☐
 Si oui, précisez :

ANOMALIES DERMATOLOGIQUES (peau, cheveux, ongles)

oui ☐ non ☐
 Si oui, précisez :

AUTRES :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES (imagerie, bilan biologique,...) :