

Etiquette du malade ou

Nom d'usage :
 Nom de famille (de naissance) :
 Prénom :
 Sexe :
 Date de naissance : / /
 N° identification :
 Ville : CP :

Cachet du service (UG)

Téléphone

Médecin prescripteur :

Préleveur (nom, qualité) :

Date de prélèvement :

Heure de prélèvement :

Incidents survenus lors du prélèvement :

Diagnostic génétique des Hypotrichoses
(analyse NGS-dermatoses rares)

Responsable de l'analyse

Dr Louis LEBRETON

tel : 05 57 82 21 78

louis.lebreton@chu-bordeaux.fr

Joindre le consentement pour analyse génétique

code **CGDERM**

Prélèvement sanguin sur tube EDTA (mauve)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

S'agit-il d'un **cas index** **apparenté**

Type d'hypotrichose

Hypotrichose isolée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Forme syndromique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Atteinte ectodermique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Manifestations extra-cutanées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		

Aspect des cheveux

Absence totale de cheveux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Présence à la naissance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Atteinte dès la naissance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Présence de papules	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cheveux cassants	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Analyse microscopique

Trichoschisis	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Monilethrix	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cheveux bambou	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Trichorrhexie noueuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
.....		

Atteinte cutanée et des phanères

Ichtyose	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Kératose pilaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Absence de transpiration	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Age de début:

Cheveux laineux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Fragilité cutanée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hyperlaxité cutanée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Atteinte extra-cutanée

Age de début:

Dentaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Surdité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Infectieuse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Atteinte oculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cardiologique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Délai psychomoteur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Données familiales

Consanguinité Non Oui (fournir un arbre généalogique)

Origine géographique de la famille : Père Mère

Sujets atteints dans la fratrie (remplir une fiche par patient)