



Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille



POLE DE BIOLOGIE PATHOLOGIE GENETIQUE

L'expertise du CHU au service de la région.

INSTITUT DE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

- SECTEUR NEUROBIOLOGIE -

☎ 03.20.44.48.01

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ATAXIES

juil-17

COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur																					
Adresse																					
CP		Ville																			
Téléphone									Télécopie												
E mail																					

PATIENT

Nom  
Nom d'épouse  
Prénom  
Né(e) le  
Sexe

ETIQUETTE  
PATIENT

SERVICE CLINIQUE

Nom du ou des  
Médecins  
prescripteurs

TAMPON DU  
MEDECIN

Votre référence : .....  
Service/Unité : .....  
Fax pour envoi des résultats : .....

DIAGNOSTICS ENVISAGES

- ATAXIE DOMINANTE
  SCA1, 2, 3,6,7,17
  SCA12
  DLRPA
  Autre : .....
- ATAXIE RECESSIVE
  Friedreich
  Autre : .....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

- AGE ET SIGNES DE DEBUT :

Age de début : .....	ans	Mode de début :	<input type="checkbox"/> Brutal	<input type="checkbox"/> Progressif
Signes de début : .....				

- CARACTERE HEREDITAIRE :  OUI  NON      Consanguinité :  OUI  NON
- ARBRE GENEALOGIQUE :

**N'oubliez pas de joindre le consentement éclairé obligatoire ainsi que l'ordonnance médicale.**

TSVP

**EXAMEN CLINIQUE:****SIGNES NEUROLOGIQUES:**  OUI  NONSD CEREBELLEUX:  oui  non    Statique     Cinétique     Locomoteur     Dysarthrie SD PYRAMIDAL:  oui  nonREFLEXES:    normaux     vifs     faibles     aréflexie TR SENSITIFS    Tr sens profonde:  oui  non    Tr sens superficielle:  oui  nonNEUROPATHIE:  oui  non**SIGNES EXTRAPYRAMIDAUX:**Parkinsonisme:  oui  non    akinésie     rigidité     trembl repos     roue dentée Mouvements anormaux involontaires:  oui  non    décrire: .....DYSAUTONOMIE:  oui  non    hypotension     Dysurie Tr déglutition:  oui  nonEpilepsie:  oui  nonApraxie:  oui  nonPATHOLOGIE NEUROMUSCULAIRE:    déficit moteur     amyotrophie     fasciculations     myokimies 

Autres, décrire .....

**SIGNES NEUROSENSORIELS:**  OUI  NONSIGNES OPHTALMOLOGIQUES:  oui  nonNystagmus:  oui  non    Baisse acuité visuelle:  oui  non    Telangiectasie:  oui  non

Autres, décrire .....

Fond d'oeil: atrophie optique     rétinite pigmentaire     Autre, décrire: .....SIGNES ORL:  oui  non    Hypoacousie     Autre, décrire: .....**PATHOLOGIE DES FONCTIONS SUPERIEURES:**  OUI  NONTroubles cognitifs     Retard mental     Troubles psychiatriques     Autre, décrire .....**PATHOLOGIE EXTRA-NEUROLOGIQUE:**  OUI  NONSD DYSMORPHIQUE:    pieds creux     scoliose     TRENDOCRINIENS:    diabète     Hypogonadisme AUTRES:    cardiopathie     Dermatose     Cancers     Autre, décrire .....MODE D'EVOLUTION:    Aggravation lentement progressive     Par poussée     Peu évolutif **EXAMENS COMPLEMENTAIRES:**SCANNER / IRM CEREBRALE:  oui  nonAtrophie cérébelleuse     Atrophie tronc cérébral     Atrophie médullaire     Leucopathie 

Autre: .....

EMG:  oui  non    Résultat: .....POTENTIELS EVOQUES:  oui  non    Résultat: .....Recherche d'ACANTHOCYTES:  oui  non    Résultat: .....

DOSAGES BIOLOGIQUES    Vit E: .....

Alpha foetoprotéine:  oui  non    Résultat: .....Bilan métabolique:  oui  non    Résultat: .....Bilan de mitochondriopathie:  oui  non    Résultat: .....Bilan dysimmunitaire et tumoral:  oui  non    Résultat: .....

Caryotype: .....

**DEGRE DE CERTITUDE DU DIAGNOSTIC EVOQUE:** DIAGNOSTIC CERTAIN (hérédité et aspects cliniques ou confirmation anapath) DIAGNOSTIC PROBABLE DIAGNOSTIC POSSIBLE EVALUATION CLINIQUE IMPOSSIBLE (autre affection neurologique masquant la symptomatologie)