

## 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,...) :