

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ATAXIES

## IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM - Prénom :

NOM de jeune fille :

SEXE :  H  F

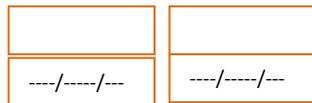
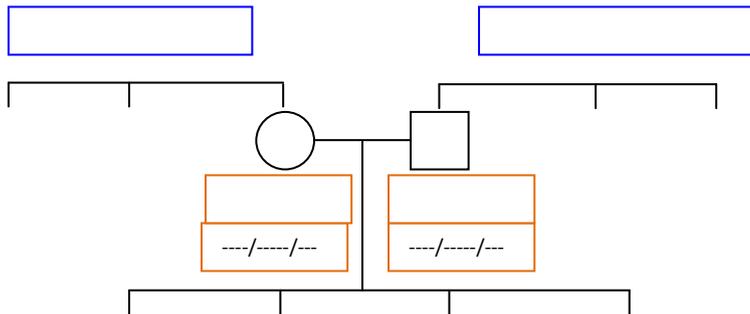
Date de Naissance :

## IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR :

Service :

Nom du médecin prescripteur :

Date :

CARACTERE HEREDITAIRE :  OUI  NONSain : Atteint : 

prénom

ddn---/---/---

NOM

## AGE ET SIGNES DE DEBUT :

AGE DE DEBUT :   ansMODE DE DEBUT : BRUTAL  PROGRESSIF 

SIGNES DE DEBUT : .....

## 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  non

Epilepsie :  oui  nonApraxie :  oui  nonPATHOLOGIE NEUROMUSCULAIRE : déficit moteur  amyotrophie  fasciculations  myokimies 

Autres, décrire .....

**SIGNES NEUROSENSORIELS :**  OUI  NONSIGNES OPHTALMOLOGIQUES :  oui  nonNystagmus  Rétinopathie  Telangiectasie  Atrophie optique 

Autres, 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  TR ENDOCRINIENS : 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 : .....

Autres : .....

**DEGRE DE CERTITUDE DU DIAGNOSTIC EVOQUE :** DIAGNOSTIC CERTAIN (hérédité et aspects cliniques ou confirmation anapath)  DIAGNOSTIC PROBABLE DIAGNOSTIC POSSIBLE  EVALUATION CLINIQUE IMPOSSIBLE**DIAGNOSTICS ENVISAGES :****ATAXIE DOMINANTE** SCA1, 2, 3, 6, 7, 17 DRPLA**ATAXIE RECESSIVE** Friedreich Autre: ..... Panel >350 gènes (ataxies dominantes, récessives, liées à l'X) en séquençage haut débit