

Date :

Fiche de renseignements cliniques CARYOTYPE POSTNATAL

Patient : 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 Précisez :

ANTECEDENTS FAMILIAUX D'UNE ANOMALIE CHROMOSOMIQUE

Translocation Inversion Trisomie Autre
Précisez le ou les individu(s) porteur(s) :
Merci de joindre le résultat du caryotype

ANTENATAL :

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

NEONATAL Terme : SA PN : g (.....DS) TN : cm (.....DS) PC : cm (.....DS)

CROISSANCE / DEVELOPPEMENT

Croissance staturopondérale : Normale Retard Avance Taille : DS à ans/mois
Croissance céphalique : Normale Microcéphalie Macrocéphalie PC : DS à ans/mois

BILAN MALFORMATIF (ND = non déterminé)

Dysmorphie cranio-faciale : oui non ND Si oui, précisez :
Anomalie cérébrale : oui non ND Si oui, précisez :
Anomalie cardiaque et vasculaire : oui non ND Si oui, précisez :
Anomalie rénale : oui non ND Si oui, précisez :
Anomalie génitale : oui non ND Si oui, précisez :
Anomalie des membres : oui non ND Si oui, précisez :
Anomalie dermatologique : oui non ND Si oui, précisez :
Autres
Merci de joindre des photos

TROUBLES DE LA PUBERTE : Retard pubertaire Aménorrhée primaire Autre :

TROUBLES DE LA FERTILITE :

Infertilité Durée :
Fausses couches répétées Nombre et terme :
Anomalie du spermogramme Précisez :
Insuffisance Ovarienne Prématurationnée Age :

AUTRES :

DIAGNOSTIC SUSPECTE :

Trisomie 21 Syndrome de Turner Autre Préciser :
Trisomie 13 Syndrome de Klinefelter
Trisomie 18 Anomalie Chromosomique équilibrée