

DYSTONIE FICHE DIAGNOSTIQUE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date de l'examen : / /

Nom :

Date de naissance : / /

Origine ethnique :

Sexe : Masculin Féminin

Médecin référent :

Prénom :

Lieu de naissance :

Statut	<input type="radio"/> Symptomatique	<input type="radio"/> Non symptomatique	<input type="radio"/> Autre que dystonie
---------------	-------------------------------------	---	--

Dystonie	<input type="radio"/> Présente	<input type="radio"/> Absente	<input type="radio"/> Diagnostic incertain
-----------------	--------------------------------	-------------------------------	--

Premiers symptômes :	Siège :	Âge de début :
-----------------------------	---------	----------------

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION OU DE CONSULTATION

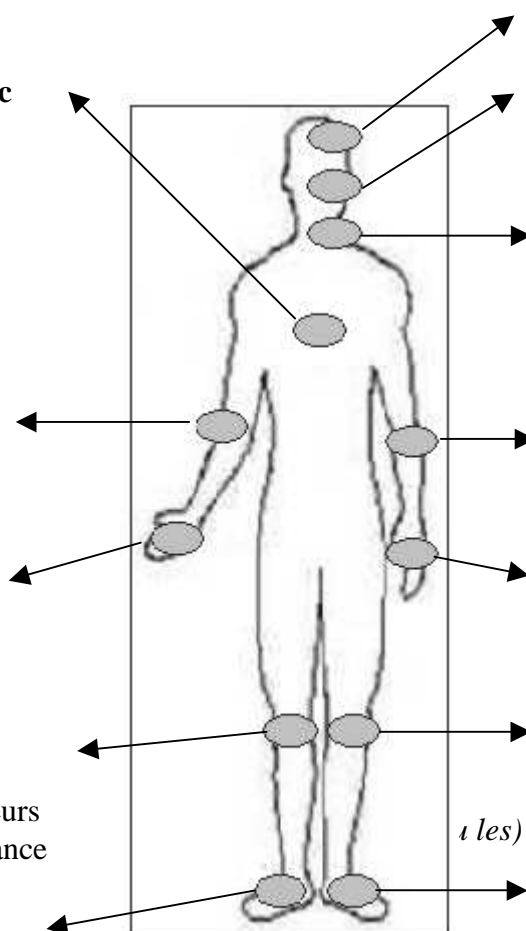
Cocher les parties atteintes et numéroter l'ordre d'apparition des symptômes sur

Dystonie du tronc

Dystonie m. sup. droit
(de fonction/pour plusieurs gestes/pour geste à distance (marche)/au repos)*

Dystonie main droite
(de fonction/pour plusieurs gestes/pour geste à distance (marche)/au repos)*

Dystonie m. inf. droit
(de fonction/pour plusieurs gestes/pour geste à distance (marche)/au repos)*



Blépharospasme
(dire si Meige)

Dystonie oro-mandibulaire

Torticolis spasmodique
(préciser type :

- complexe (ante/retro/latero)*
- simple (rotatoire)
- myoclonique/tremblant*)

Dystonie m. sup. gauche
(de fonction/pour plusieurs gestes/pour geste à distance (marche)/au repos)*

Dystonie main gauche
(de fonction/pour plusieurs gestes/pour geste à distance (marche)/au repos)*

Dystonie m. inf. gauche
(de fonction/pour plusieurs gestes/pour geste à distance (marche)/au repos)*

Dystonie pied gauche
(de fonction/pour plusieurs gestes/pour geste à distance (marche)/au repos)*

(à les) mentionner si multiples

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> IRM – Résultats et/ou joindre copie examens ou CRH | |
| <input type="checkbox"/> EMG – Résultats et/ou joindre copie examens ou CRH | |
| <input type="checkbox"/> Examens ophtalmologiques – Résultats et/ou joindre copie examens ou CRH | |
| <input type="checkbox"/> Prélèvement d'ADN | Lieu où il a été envoyé :
Résultat si connu : |
| <input type="checkbox"/> Vidéo | Lieu où elle est conservée : |

CLASSIFICATION DE LA DYSTONIE

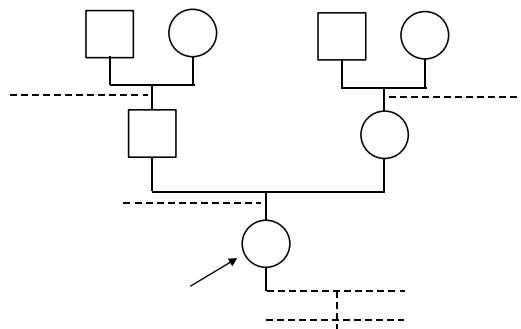
<input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Dystonia plus (autres symptômes) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Myoclonus-dystonia <input type="checkbox"/> Dopa-responsive dystonia <input type="checkbox"/> Rapid onset Dystonia-Parinsonism <input type="checkbox"/> Paroxysmal dystonia/dyskinesia : <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : 	<input type="checkbox"/> Secondaire <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dystonie tardive <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : <input type="checkbox"/> Hérédo-dégénérative (spécifier si connu) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> PKD</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> PNKD</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Autre</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Apparenté non atteint <input type="checkbox"/> Impossible à classer de façon certaine	<input type="checkbox"/> PKD	<input type="checkbox"/> PNKD	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> PKD	<input type="checkbox"/> PNKD	<input type="checkbox"/> Autre		

HISTOIRE FAMILIALE DE MOUVEMENTS ANORMAUX

(dystonie, myoclonies, tremblements, Parkinson)*

<input type="checkbox"/> Positive : (préciser)	<input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Négative	<input type="checkbox"/> Inconnue
--	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Tracer l'arbre généalogique de la famille jusqu'au 2^e degré au minimum en spécifiant pour chaque individu : nom, prénom, date de naissance, âge et cause de décès si applicable, symptômes et âge de début si présence de mouvements anormaux. Pour les ancêtres, noter le lieu de naissance (ou l'origine). L'individu avec la flèche est le proposant, càd, le patient index qui a permis de déclarer la famille. Donner le lien entre cet individu et le patient déclaré par la présente fiche (si besoin utiliser une autre feuille).



- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Homme | <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Décédés | <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte certaine |
| <input type="circle"/> Femme | <input type="diamond"/> Sexe inconnu | <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Atteinte possible |

* Rayer la (ou les) mentions(s) inutile(s)