

## Ataxies congénitales et précoces

### Fiche clinique

Date de consultation servant  
de référence pour cette fiche :

Médecin référent :  
Hôpital :

Nom, prénom :

Date de naissance :

**Age des premiers signes :**

**Nature des premiers signes :**

#### **ATCD familiaux :**

Origine des parents :

Consanguinité :

oui  non

Cas familial :

oui  non

Arbre généalogique (*dessiner*) :

**Grossesse :** Préciser si évènement particulier:

#### **Période néonatale :**

Terme (en semaine d'aménorrhée) :

PN (en g) :

TN (en cm) :

PCN (en cm) :

Hypotonie néonatale

oui  non

Difficultés d'alimentation

oui  non

Anomalie ophtalmologique

oui  non

Préciser :

Autre problème néonatal :

## ATCD neuro, développement psychomoteur et examen

Station assise acquise à l'âge de ..... Mois  ou non acquise

Marche acquise à l'âge de ..... Mois  ou non acquise

Langage actuel (cocher une case)

Absence   
Dissyllabes   
Mots isolés   
Mots phrases   
Phrases

Lecture acquise oui  non

Scolarité actuelle :

QI :

Degré de déficience mentale (cocher une case)

Intelligence normale   
Difficultés d'apprentissage   
Retard mental léger   
Retard mental modéré   
Retard mental sévère

Examen neurologique actuel

Hypotonie oui  non  âge de constatation : ....

Ataxie oui  non  âge de constatation : ....

Syndrome cérébelleux cinétique oui  non

Syndrome pyramidal oui  non

Syndrome extrapyramidal oui  non

Convulsions fébriles oui  non

Epilepsie oui  non

Neuropathie périphérique oui  non  non recherchée

Si oui, type de la neuropathie :

Tremblements oui  non

ROT vifs  normaux  absents

Anomalie du comportement oui  non

Si oui, préciser :

Migraines oui  non

Evolutivité :

Progrès

Régression  à partir de (âge) :

Fluctuation en journée oui  non

### **Croissance (lors de la dernière consultation) :**

Age actuel : ..... ANS ..... MOIS

Taille (en DS) :

Poids (en DS) :

Périmètre crânien (en DS) :

**Dysmorphie :** oui  non

Préciser :

**Œil :**

Oculomotricité

Normale   
Nystagmus   
Apraxie oculomotrice   
Poursuite saccadique   
Autre anomalie

Acuité visuelle normal  anormal   
Fond d'œil normal  anormal  Préciser :

Aniridie oui  non   
Strabisme oui  non   
Cataracte oui  non   
Atrophie optique oui  non   
Rétinopathie oui  non

Autre anomalie ophtalmologique :

ERG : normal  altéré  éteint

Age de réalisation de l'ERG : ..... ANS ..... MOIS

**Audition : (cocher une case)**

Normale   
Déficit auditif  préciser :  
Non testée

**Anémie :** oui  non

**Autres malformations extra-neurologiques :**

Préciser :

**Imagerie cérébrale :** oui  non

Si oui, Date :  
Résultat (CD ou images à joindre à cette fiche) :