



**FICHE A JOINDRE AU PRELEVEMENT ET AU CONSENTEMENT SIGNE**

**NOM DE LA FAMILLE :**

**Nom du médecin référent :**

**NOM DU PATIENT :**

**Nom de jeune fille :**

**Prénom :**

**Sexe :** M - F

**Date de naissance :**

**Origine géographique :**

**Origine ethnique :**

**Mode de transmission :**

A.D.  A.R.  liés à l'X  sporadique

**Consanguinité :** O - N

**Age de début des troubles :**

**Déficit moteur :**

Mb. Sup. G :  Prox  Dist

Mb. Sup. D :  Prox  Dist

Mb. Inf. G :  Prox  Dist

Mb. Inf. D :  Prox  Dist

**Déficit sensitif :** Mb. sup. : O - N

Mb. Inf. : O - N

**Atteinte du S.N. autonome :** O - N

**Abolition des ROT :**

achilléens O - N

rotuliens O - N

mb. sup. O - N

**Déformations des pieds :**

creux  plats  autre :

**Déformations des mains :** O - N

**Scoliose :** O - N

**Insuffisance respiratoire :** O - N

**Anomalie ophtalmologie ou atteinte des nerfs crâniens :**

**Retentissement fonctionnel :**

marche normale sans aide

marche anormale avec aide

marche anormale sans aide

fauteuil roulant

**Biopsie :** O - N (si oui joindre le résultat)

**PARTICULARITES CLINIQUES :**

**ELECTROPHYSIOLOGIE :**

**EMNG :** Vitesse de conduction motrice du nerf médian : D =

G =

Remarques EMNG :

**PEA :** O - N

**ETUDES MOLECULAIRES DEJA REALISEES :**