



DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE D'UNE MALADIE GÉNÉTIQUE PAR NGS
EXOME ET PANELS DE GÈNES
CARDIOGÉNÉTIQUE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Patient symptomatique NON OUI: Age d'apparition des symptômes : ans

Hypothèse diagnostique :

Renseigner impérativement les principaux signes cliniques (HPO):

INDICATION LA PLUS PERTINENTE SELON LE THÉSAURUS DE L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiomyopathie arythmogène du ventricule droit/VG/BiV (CMP/TR)
<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie avec non-compaction du ventricule gauche (CMP)
<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie dilatée (CMP)
<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie hypertrophique (CMP)
<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie liée à une amylose ATTR (CMP)
<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie restrictive (CMP)
<input type="checkbox"/> Maladie de Fabry (CMP)
<input type="checkbox"/> Laminopathie (CMP)
<input type="checkbox"/> Malformations cardiaques congénitales (MCC) | <input type="checkbox"/> Troubles du rythme supraventriculaires (TR)
<input type="checkbox"/> Tachycardie ventriculaire catécholaminergique (TR)
<input type="checkbox"/> Fibrillation ventriculaire idiopathique (TR)
<input type="checkbox"/> Troubles de conduction cardiaque (TR)
<input type="checkbox"/> Syndrome du QT court (TR)
<input type="checkbox"/> Syndrome de Brugada (TR)
<input type="checkbox"/> Syndrome de Jervell et Lange-Nielsen (TR)
<input type="checkbox"/> Syndrome du QT long (TR)
<input type="checkbox"/> Mort subite (CM/TR) |
|--|--|

INFORMATIONS FAMILIALES

Consanguinité Oui Non

Décès dans la fraterie Oui Non

Jumeaux atteints Oui Non

ARBRE FAMILIAL

- Homme
- Femme
- Individu de sexe inconnu
- ◆ Sujet atteint
- ◆ Sujet sain

MÈRE DU (DE LA) PATIENT(E) 2 tubes de 5 ml sang total EDTA	PÈRE DU (DE LA) PATIENT(E) 2 tubes de 5 ml sang total EDTA
NOM	NOM
PRÉNOM	PRÉNOM
Nom de naissance.....	Nom de naissance.....
Adresse	Adresse
CP Ville	CP Ville
Date de naissance : <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Date de naissance : <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Date de prélèvement : <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Date de prélèvement : <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Même présentation clinique que le patient cas index : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (joindre description clinique)	Même présentation clinique que le patient cas index : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (joindre description clinique)