

FIRENDO PFMG : VDG - HH

Questionnaire RCP

Date : ____ / ____ / ____

* Champ obligatoire

MEDECINS

Question	Réponse
Nom du médecin référent : <i>Texte court</i>	
Nom du médecin prescripteur : <i>Texte court</i>	
Accord des 2 parents (cas pédiatriques) <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non ☐ NA
Plateforme <i>Choix unique</i>	☐ SEQOIA ☐ AURAGEN

ANTECEDENTS :

Question	Réponse
ATCDS Familiaux : <i>Texte libre</i>	
Consanguinité <i>Texte court</i>	
Cas familial <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Arbre généalogique à joindre <i>Fichier joint</i>	<i>Joindre le fichier</i>
ATCDS personnels : <i>Texte libre</i>	

CLINIQUE INITIAL

Question	Réponse
Phénotype clinique initial : <i>Texte libre</i>	
Bilan biologique initial : <i>Texte libre</i>	
Imagerie(s) <i>Texte libre</i>	
Sexe d'orientation : <i>Choix unique</i>	☐ Féminin ☐ Masculin

ETUDE MOLECULAIRE :

Question	Réponse
Caryotype <i>Texte libre</i>	
Panel et/ou NGS (préciser date) <i>Texte libre</i>	

EVOLUTION

Question	Réponse
Evolution clinique : <i>Texte libre</i>	
Evolution biologique : <i>Texte libre</i>	

Prise en charge :

Texte libre
