



# Bordereau Patient

Site \*\* \_\_\_\_\_ Centre \*\* \_\_\_\_\_  
Médecin en charge \*\* \_\_\_\_\_  
Lieu \* \_\_\_\_\_ N° dossier service \_\_\_\_\_

Coller ici l'étiquette  
Numéro Identification Patient  
dans l'hôpital

## Identification du patient

Foetus \*\*  Oui  Non      Porteur sain avéré \*  Oui  Non  
Propositus \*\*  Oui  Non      Sexe \*\*  Masculin  Féminin  Non déterminé  
Nom Patronymique \*\* \_\_\_\_\_

Nom Marital (du Père(F)) \_\_\_\_\_

Prénom \*\* \_\_\_\_\_

Date de Naissance\*\* ou Date d'interruption / des dernières règles si grossesse en cours(F\*) \_\_\_\_\_  Date imprécise

Lieu de Naissance\* ou de prise en charge (F\*) \_\_\_\_\_

Lieu de Résidence\* (de la mère (F\*)) \_\_\_\_\_

Code Postal ou Commune\* \_\_\_\_\_ Code Postal ou Commune\* \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Patient décédé \*  Non  Oui      Date de décès \* \_\_\_\_\_  Date imprécise

## Lien avec le propositus (si le patient n'est pas propositus)

Nom du propositus \* \_\_\_\_\_

Prénom du propositus \* \_\_\_\_\_

Lien avec le propositus \* \_\_\_\_\_

Activité Centre(s)\* \_\_\_\_\_  Hors label

Réalisé par  assistant(e) social(e)  ergothérapeute  kinésithérapeute  
 diététicien(ne)  institutrice/teur spécialisé(e)  psychologue  
 infirmier(e)  conseiller(e) en génétique  psycho-motricien(ne)  
 autre  
 médecin (si oui, indiquer le nom\* ) \_\_\_\_\_

Précision \_\_\_\_\_

Date d'activité \* \_\_\_\_\_ en JJ/MM/AAAA      Lieu \* \_\_\_\_\_

### Objectifs\*

- Diagnostic
- Prise en charge
- Prise en charge en Urgence
- Suivi
- Conseil génétique
- Diagnostic prénatal
- Diagnostic pré-implantatoire
- Diagnostic d'apparenté
- Acte médical
- Protocole

### Contexte\*

- Consultation pluridisciplinaire
  - Consultation
  - Hospitalisation traditionnelle
  - Hôpital de jour
  - Avis en salle (dans un autre service)
  - Téléconsultation
  - Avis sur dossier en consultation
  - Autre préciser en clair \_\_\_\_\_
  - Avis d'expertise sur dossier
- Pour les foetopathologistes
- SOFFOET avec autopsie
  - SOFFOET sans autopsie

## Informations Médicales

### Patient adressé par \*

- Venu de lui-même    Généraliste    Spécialiste hospitalier    Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal    Inconnu  
 Association de patient    Généticien    Spécialiste    Centre de prise en charge    Centre de dépistage néonatal  
 Gynéco-Obstétricien    Centre de PMI    Pédiatre de Ville    Pédiatre Hospitalier    Autre \_\_\_\_\_

### Données anténatales (F\*)

- Procréation Médicalement Assistée    Non    Oui   Anomalie diagnostiquée en anténatale    Non    Oui  
Proposition d'interruption médicale de grossesse    Non    Oui   A quel terme \_\_\_\_\_ en semaines d'aménorrhée

### Présence de malformation (F\*)

- Aucune    Unique    Multiple

|                         | Examen effectué          | Anomalie détectée        |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Echographie             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scanner                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IRM                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Biopsie de trophoblaste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amniocentèse            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cordocentèse            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Feotopathologie (F\*)

- Feotopathologie effectuée    Oui    Non

Laboratoire \_\_\_\_\_

Médecin responsable \_\_\_\_\_

### Données néonatales

- Naissance à terme    Non    Oui   A quel terme \_\_\_\_\_

Taille (cm) \_\_\_\_\_ Poids (kg) \_\_\_\_\_ PC (cm) \_\_\_\_\_

- Type d'interruption (F\*)    Interruption médicale    Interruption spontanée    Naissance   Terme d'aménorrhée en semaines \_\_\_\_\_

### Consanguinité \*

- Issu(e) d'union consanguine    Non    Oui    Inconnu  
Uni(e) avec un(e) apparenté(e)    Non    Oui

### Diagnostic 1

- Age aux 1ers signes \*    asymptomatique    en anténatal    à la naissance    à l'âge de (ans/mois) \_\_\_\_\_    Non déterminé

- Age au diagnostic    en anténatal    à la naissance    à l'âge de (ans/mois) \_\_\_\_\_    Non déterminé

- Diagnostic à l'entrée dans le centre \*    Absent    Non approprié    Approprié

### Catégorie / Libellé du diagnostic \*

- Non déterminé par manque d'infos  
 En cours  
 Probable  
 Confirmé  
 Non classable  
 Infirmé

### Relance souhaitée

- Non    Oui   dans (mois) \_\_\_\_\_

Code GenAtlas \_\_\_\_\_ Mutation \_\_\_\_\_

- Décès lié au diagnostic    Non    Oui    Inconnu

### Type de confirmation

- Moléculaire    Clinique    Dosage enzymatique    Dosage biochimique  
 Puce à ADN    Imagerie    Dosage Hormonal    Histologique  
 Cytogénétique moléculaire    Cytogénétique    Autre \_\_\_\_\_

### Mots Clés (6max)

### Cas \*

- Cas sporadique    Cas familial

### Mode de transmission apparent\*

- AD    AR    X Lié    Mitochondrial  
 Non déterminé    Chromosomique    Multifactoriel

Anomalie chromosomique

### Commentaires

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_